THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/thesepourledocto0000vlad

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1905 — N° — 497

THÈSE

PRÉSENTÉE POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

MENTION MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 19 Juillet 1905, à 1 heure

PAR

Vlademir G. NICOLAEVICI

Le Délire dans les Maladies Infectieuses

Président : M. BRISSAUD, *professeur*

Juges { MM. GAUCHER, *professeur*
CLAUDE, *agrégé*
MACAIGNE, *agrégé*.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, rue Racine, 15

1905

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie..	P. POIRIER
Physiologie..	CH. RICHET.
Physique médicale....................................	GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale.............	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale........................	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales...............	BOUCHARD
Pathologie médicale................................	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale.............................	LANNELONGUE
Anatomie pathologique.............................	CORNIL.
Histologie...	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils.............................	RECLUS.
Pharmacologie et matière médicale................	POUCHET.
Thérapeutique......................................	GILBERT.
Hygiène..	CHANTEMESSE
Médecine légale....................................	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie............	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée...............	ROGER.
Clinique médicale............................	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants................................	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale..................................	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux.........	RAYMOND
Clinique chirurgicale........................	LE DENTU. TILLAUX. TERRIER. BERGER.
Clinique ophtalmologique..........................	DE LAPERSONNE
Clinique desmaladies des voies urinaires...........	GUYON.
Clinique d'accouchements....................	BUDIN. PINARD.
Clinique gynécologique..............................	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile......................	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	DESGREZ	LAUNOIS	POTOCKI
BALTHAZARD	DUPRE	LEGRY	PROUST
BRANCA	DUVAL	LEGUEU	RENON
BEZANÇON	FAURE	LEPAGE	RICHAUD
BRINDEAU	GOSSET	MACAIGNE	RIEFFEL (chef des travaux anat)
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MAILLARD	TEISSIER
CARNOT	GUIART	MARION	THIROLOIX
CLAUDE	JEANSELME	MAUCLAIRE	VAQUEZ
CUNEO	LABBE	MERY	WALLICH
DEMELIN	LANGLOIS	MORESTIN	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES FRÈRES

BOGDAN ET MICHEL

En signe de profonde reconnaissance et d'affection, je dédie ce modeste travail

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR BRISSAUD

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin de l'Hôtel-Dieu

Chevalier de la Légion d'honneur

Le Délire dans les Maladies Infectieuses

AVANT-PROPOS

Les différentes périodes sous lesquelles se présentent les maladies infectieuses se révèlent toujours par une multitude de phénomènes avant-coureurs ou tardifs, qui sont le résultat d'une part de l'invasion de l'organisme par les microbes ou du développement et la formation dans le sein des cellules des poisons qu'ils sécrètent et d'autre part par la réaction de l'organisme, sa résistance, sa lutte avec le corps étranger envahissant. Ces phénomènes, nous le savons, sont la fièvre, les différents troubles digestifs et les différentes modalités sous lesquelles réactionnent les appareils de l'organisme : cardiaque, pulmonaire, rénal, hépatique et surtout le système nerveux central. Les accidents nerveux dans le cours des diverses maladies et notamment dans les maladies infectieuses sont très fréquents. Il n'existe pas de maladie où le système nerveux ne soit pas

influencé et comme le dit en effet Andral : « Il n'existe pas de maladie, dans laquelle les nerfs ne jouent un rôle, quelquefois secondaire à la vérité, mais souvent assez important, pour que les accidents nerveux doivent être mis en première ligne. »

En vérité les effets qui découlent de cette influence ne sont pas les mêmes chez tous les sujets et ils varient suivant les maladies, l'âge, le sexe, les habitudes, les antécédents héréditaires et personnels, l'état dans lequel se trouvait le malade au moment où il a contracté sa maladie, enfin une multitude d'autres circonstances comme : la virulence du microbe, les réactions de l'organisme, le traitement, etc...

De tous les effets ou complications qui surviennent au cours des maladies infectieuses, on peut considérer le délire comme celui qui atteint à peu près la majorité des malades, comme celui qui occupe un rang important dans la symptomatologie des maladies que nous traitons et surtout dans la fièvre typhoïde où il a été mieux étudié. Il n'y a pas de typhique qui, au commencement de sa maladie, pendant la période d'état ou pendant et après la convalescence, ne présente ce trouble nerveux.

Nous divisons notre travail en deux parties : la première sera consacrée à l'étude du délire dans les maladies infectieuses au point de vue général, avec les chapitres : Définition et classification, Pathogénie et Anatomie pathologique, Symptomatologie, Diagnostic et Pronostic.

La deuxième partie aura pour objet l'étude du délire au point de vue spécial à chaque maladie, nous bornant à étudier seulement les maladies qui sont les plus fréquentes et chez lesquelles le délire est plus fréquemment observé. Nous avons donné un développement plus grand au délire de la fièvre typhoïde, celle-ci étant la maladie où il se manifeste le plus souvent et sous toutes les formes.

Enfin à la fin de ce travail nous ajoutons une série d'observations recueillies de divers ouvrages et auteurs, et que nous avons trouvées en étroite liaison avec les différentes phases et manifestations du délire.

Avant d'aborder l'étude de ce modeste travail nous tenons à exprimer ici, à nos maîtres de la Faculté de médecine de Paris, nos plus vifs sentiments de gratitude pour les conseils éclairés et les enseignements qu'ils n'ont cessé de nous prodiguer pendant le cours de nos études.

Nous n'aurons garde d'oublier les maîtres de la Faculté de médecine de Bucharest qui ont guidé nos premiers pas dans l'étude de la médecine.

Qu'ils reçoivent ici tous nos remerciements pour la bienveillance quotidienne avec laquelle ils ont bien voulu nous faire part de leur savoir et de leur expérience.

Nous avons contracté envers M. le Dr Julien Constantinesco, médecin en chef de l'hôpital de Braïla, une dette de reconnaissance qu'il nous sera bien difficile d'acquitter. Nous le prions d'accepter l'assu-

rance de toute notre reconnaissance pour la sollicitude qu'il nous a toujours témoignée.

Nous remercions aussi M. N. Vaschide, chef des travaux au laboratoire de psychologie expérimentale de l'Ecole des Hautes-Etudes. Il a bien voulu nous inspirer le sujet de notre thèse et nous guider de ses précieux conseils.

Que M. le professeur Brissaud veuille bien nous permettre de lui exprimer toute notre reconnaissance pour le très grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE I

Définition et Classification.

Qu'entendons-nous par ce mot, délire ? Comment définir cet état pathologique ?

Donner une définition du délire n'est pas chose aisée. Pour s'en faire une idée, qu'il nous soit permis d'énumérer les différentes définitions données par les auteurs.

Villis le définit ainsi : « Ce mot signifie le trouble de cette fonction animale qu'on observe dans les paroxysmes des fièvres, dans l'ivresse et, parfois, dans les affections dites hystériques et qui pousse ceux qui en sont atteints à penser, à faire et à dire pendant un temps très court des choses absurdes. »

Aumont (1) écrit que : « Le délire n'est autre

---

1. Aumont. *Encyclopédie de Diderot.*

chose que l'égarement, l'erreur de l'esprit durant la veille, qui juge mal des choses connues de tout le monde. »

Van Swieten entend par délire : « Toute création de l'esprit qui n'est point en rapport avec les causes extérieures, mais dépend d'une disposition toute spéciale du cerveau, qui donne lieu à un jugement et à des émotions morales erronées. »

D'après Chomel (1) : « Le délire est la perversion d'une ou de plusieurs facultés intellectuelles ou affectives. »

Esquirol (2) dit : « Un homme est en délire lorsque ses sensations ne sont pas en rapport avec les objets extérieurs, lorsque ses idées ne sont pas en rapport avec ses sensations, lorsque ses jugements et ses déterminations ne sont pas en rapport avec ses idées, lorsque ses idées, ses jugements, et ses déterminations sont indépendantes de sa volonté », qui est plutôt une description qu'une définition.

Charles Richet (3) donne la définition suivante :

« Raisonnements, association des idées, déductions tirées des perceptions sensitives, qui, se faisant les mêmes lois, ne sont pas les mêmes que chez les individus normaux. Assimilations baroques, comparaisons défectueuses et singulières, déductions et inductions hasardeuses souvent absurdes ; impossi-

1, Chomel. *Leçons de clinique médicale*, 1384, T. I.

2. Esquirol.

3. Charles Richet. *Dictionnaire de Physiologie* (Art. Délire).

bilité d'arrêter l'essor des associations fantaisistes, qui se présentent en foule, voilà ce qui constitue le délire. Le délirant raisonne autrement que les autres hommes, mais c'est par le même mécanisme intellectuel. Il est essentiellement original, c'est-à-dire qu'il ne raisonne pas et ne juge pas comme les autres. »

Lorsqu'un individu quelconque réactionne d'une manière contraire à celle dont il doit se présenter normalement ; si dans ses actes, dans ses paroles cet individu manifeste des réactions différentes à celles des autres, on peut le considérer comme étant en proie au délire. Par exemple : lorsqu'un individu à la suite d'ingestion plus ou moins prolongée, plus ou moins abondante d'alcool, présente un état d'agitation extrême s'accompagnant des troubles hallucinatoires, avec incohérence dans les idées et dans les actes et conceptions bizarres, invraisemblables, rapides, il s'agit d'un délire alcoolique.

Lorsqu'un autre au cours d'une maladie infectieuse ou pendant la convalescence, sous l'influence incessante des différentes toxines, que les microbes déversent dans l'organisme, se trouve dans un état de mouvement continuel, ayant des idées sans aucune liaison avec les perceptions extérieures, avec tout ce qui l'entoure, il s'agit d'un délire infectieux. Dans ces cas, quel est l'élément qui constitue le délire ? Est-ce l'agitation motrice, les désordres des actes ? Seraient-ce les hallucinations elles-mêmes ? Les hallucinations peuvent contribuer au délire, le provoquer,

mais elles ne le constituent pas. Ce sont les conceptions extravagantes et décousues envahissant la conscience du sujet qui constituent le délire. Peu importent les manifestations extérieures qui le traduisent. Il y a aussi bien délire quand le malade est complètement immobile, comme dans les cas de stupidité, que lorsqu'il est en proie à une agitation et une excitation désordonnées, ainsi qu'on l'observe dans un cas de manie.

« Le terme délire s'adresse à ce qui se passe dans la conscience proprement dite, indépendamment des réactions motrices par lesquelles il se manifeste. C'est un trouble de la conscience ou plutôt des conceptions ordinaires. C'est l'association des idées qui semblerait entrer en jeu dans les divers phénomènes délirants, ou plutôt le seul élément qui permettrait de caractériser le délire. Les différents processus psychiques sont les mêmes à l'état normal et à l'état pathologique. Une différence de degré, de quantité, pourrait seule être invoquée pour établir une différence entre l'individu sain et le délirant », dit M. Vaschide (1).

Et plus loin : « Tous les modes d'associations des idées sont ébauchés dans les nombreux délires. Les délires toxi-infectieux sont caractérisés par une succession rapide de tableaux hallucinatoires plus ou moins nets et saisissants, qui se déroulent en un panorama, comme en un kaléidoscope. Captée et absorbée par la vivacité et la netteté des images et

---

1. Vaschide et Vurpas. *Psychologie du délire.*

représentations mentales, la conscience est désorientée, ne peut plus se ressaisir, arrêter ce torrent qui l'entraîne malgré elle et l'empêche de se fixer. Les associations des idées se font donc au hasard et sans ordre, sans lien logique. »

Le délire désigne donc les nombreux états dans lesquels l'état psychique semble différer d'une façon notable et systématique des conceptions ordinaires et habituelles, indépendamment de la forme mentale qu'il peut revêtir.

Les auteurs ont établi différentes classifications des délires :

Ainsi Esquirol forme deux grandes classes : 1° délire non fébrile (folie) ; 2° délire fébrile. La deuxième se subdivise en : *a)* délire idiopathique (avec lésion cérébrale) ; *b)* délire sympathique (délire toxique) ; *c)* délire symptomatique (délire fébrile vrai).

Londe admet trois classes : 1° délire fébrile ; 2° délire de la folie ; 3° délire toxique.

Foville le distingue en : 1° délire vésanique et 2° non vésanique.

Ball et Ritti admettent la même division entre le délire non vésanique et vésanique. Dans la première ils posent le délire fébrile, le délire dans les maladies du cœur, le délire d'inanition, le délire de convalescence. Le délire nerveux de Dupuytren sert de transition entre les deux. La deuxième classe ils la subdivisent en délires généraux et délires partiels, et ces derniers en délire des sens, de l'intelligence et des actes.

Nous nous rangeons du côté de ces derniers auteurs et nous mettons le sujet de notre thèse dans la classe des délires non vésaniques, parce que d'après ce que nous allons voir, tant par la symptomatologie, par sa pathogénie et par le pronostic, le délire symptomatique des maladies infectieuses diffère notablement du délire de la folie. En même temps nous rangeons sous ce titre le délire qui survient dans les méningites, dans les encéphalites aiguës, c'est-à-dire dans toutes les maladies infectieuses qui intéressent le cerveau, dans les maladies des poumons et dans toutes les maladies qui ont comme pathogénie l'influence directe des microbes ou indirecte de leurs toxines sur les organes, soient-elles le cerveau ou les autres fonctions de l'organisme.

La plupart des auteurs ont décrit le délire qui forme le titre de notre thèse sous le nom de délire fébrile, et lui ont donné la définition suivante : Les troubles qui surviennent à titre de complication dans les affections aiguës. Qu'il nous soit permis de limiter cette classe et de former une classe à part : — le délire infectieux, — c'est-à-dire l'ensemble des manifestations cérébrales qui se produisent à titre de complication dans les maladies infectieuses ou pendant la convalescence et indépendamment de la courbe de température. Non, que la fièvre n'entre pas dans une bonne part dans la production du délire, mais c'est une autre cause qui intervienne à son éclosion, c'est l'infection.

CHAPITRE II

Diagnostic.

Le délire se rencontre dans trois cas : 1° Dans la folie (délire vésanique); 2° dans les maladies infectieuses (délire infectieux); 3° dans les intoxications et auto-intoxications (délire toxique et auto-toxique).

Existe-t-il une différence entre le délire qui nous occupe et le délire de la folie ?

Beaucoup d'auteurs aliénistes et de ceux qui ont étudié le délire des maladies infectieuses ont assimilé ces deux formes de manifestations du système nerveux et ont dit que le délire de la folie et celui symptomatique d'une infection sont les mêmes, qu'ils se manifestent de la même façon, c'est-à-dire qu'il existe un seul délire.

Il ne s'agit pas comme diagnostic de constater le délire dans telle ou telle maladie, l'observation du malade et les phases de la maladie, les antécédents héréditaires, l'état de surexcitabilité du malade, la température élevée, sont autant de moyens par lesquels

nous pouvons affirmer que la maladie se complique du délire. Ce qu'il y a de plus important au point de vue du diagnostic, c'est d'établir une différence entre un délire qui n'est qu'un épiphénomène, qu'une complication d'une maladie infectieuse et un délire pathognomonique de l'aliénation mentale, afin de pouvoir éviter un déplacement ou une séquestration dans un asile d'aliénés.

Entre ces deux formes existe une différence au point de vue clinique, ainsi qu'on peut voir des malades atteints du délire de la folie, être atteints comme maladie incidente de délire infectieux et lequel ni dans la forme, ni dans le fond, ne se ressemble avec le premier. Les auteurs les plus anciens ont entrevu cette non-ressemblance.

Ainsi Soranius (1) faisait une distinction entre la phrénésie, c'est-à-dire un délire avec de la fièvre intense et la manie et s'exprimait : « Dans la phrénésie il y a toujours fièvre, le malade rit tout bas ou par éclats, chante, murmure, pousse des cris d'un enfant ou fait un chuchotement continuel ou agité par une fureur interrompue. L'aliénation ne se comporte pas de même. L'absence de la fièvre constitue la première différence ; cependant il est vrai de dire que quelques maniaques ont de la fièvre. Mais chez les phrénétiques la fièvre précède le délire, chez les aliénés au contraire le trouble des facultés intellectuelles précède la fièvre. Chez les maniaques on

1. Soranius cité par Trélat. *Recherches historiques de la folie.*

ne voit jamais survenir ni crocidisme, ni carphologie. Les signes sont nécessaires dans la phrénésie, et s'ils surviennent chez les malades réputés maniaques on ne doit pas hésiter à déclarer que la phrénésie a succédé à la manie.

Cullen (1) disait : « Le délire fébrile diffère de celui de la manie. Dans les maladies inflammatoires la force des fonctions circulatoires et respiratoires est considérablement augmentée, celle des fonctions cérébrales peu changée ; mais, au contraire, dans la manie, les fonctions animales qui dépendent toujours du cerveau sont vivement exagérées, sans que l'action du cœur soit modifiée. »

Voici comment Ball raisonne la doctrine de Pinel (2) : « La folie proprement dite est absolument distincte du délire des maladies aiguës. Points des lésions anatomiques dans la folie ; celles qu'on rencontre parfois sont les conséquences et non les causes de la maladie. »

Des observations qui sont relatées dans le cours de cet ouvrage et d'autres que, faute de place, nous n'avons pu relater, on remarque que l'état mental des malades dans ces deux cas est tout à fait différent. Tandis que le délire des aliénés laisse les malades en contact avec la vie réelle qu'ils perçoivent, mais à qui ils donnent une fausse interpréta-

---

1. Cullen. Cité par Trelat. *Des dérangements des fonctions intellectuelles de la mélancolie.*

2. Pinel. Cité par Ball. *Leçons sur les maladies mentales.*

tion et qui réactionnent mal aux impressions extérieures et dont les idées fausses ne peuvent pas annihiler la conscience, au contraire dans le délire infectieux la conscience n'existe plus, elle est annihilée, supprimée.

« L'aliéné n'a pas du tout l'air d'un rêveur éveillé, comme le délirant, c'est un éveillé toujours ; il peut introduire son délire dans le rêve, mais il est exceptionnel qu'il introduise son rêve dans son délire » (Pichon) (1).

Toujours le délire infectieux se développe brusquement, il est intermittent, rarement continu, et d'après ce que nous avons vu plus haut et que nous allons voir il est concomitant avec une température élevée et alterne avec l'état de prostration ou du coma du malade. Au contraire le délire vésanique est précédé d'une série de symptômes et sont des exceptions les périodes d'accalmie, de répit. Chez lui on observe une variabilité de caractère, de gai le malade devient triste, il cherche l'isolement, ou bien on constate le phénomène inverse ; de réservé qu'il était, le malade devient entreprenant, d'une gaieté bruyante. Un autre caractère essentiel, et qui distingue ces deux formes de délire, est que, tandis que dans le délire infectieux la cause est toujours somatique, c'est-à-dire il est la conséquence d'un organe de l'économie, qui est malade, le délire de la folie, au contraire, s'observe en dehors de toute maladie et le

1. Pichon. Thèse de 1896. *Délires infectieux et toxiques.*

plus souvent chez les personnes bien portantes. Et M. Achille Foville (1) s'exprime ainsi : « Un délirant est toujours un homme malade, souffrant soit des centres nerveux, soit d'une autre partie du corps et présentant en outre du désordre intellectuel, tandis que l'aliéné est le plus souvent un homme bien portant, chez lequel l'esprit est troublé ; par conséquent si l'on fait abstraction du symptôme délire, commun aux deux cas, il reste entre eux toute la différence qui sépare l'état de bonne santé physique de celui de la maladie. »

Après la guérison d'un délire de la folie le malade se souvient de tout ce qu'il a dit, de toutes les phases par lesquelles il a passé, de tous les faits dont il a été le facteur. « Les maniaques guéris, qui, chose curieuse, se rappellent, jour par jour et minute par minute, ce qu'ils ont dit et fait dans le cours de leurs accès, expliquent très bien comment le moindre mot, le moindre objet, devenait chez eux le point de départ des idées les plus extraordinaires » (Régis) (2).

Même si un aliéné est atteint d'une maladie infectieuse et qui s'accompagne ordinairement du délire, ce nouveau délire se superpose au premier, dont il reste distinct et dont il diffère par tous ses caractè-

1. Achille Foville. *Nouveau dict. de méd. et de chirurgie pratique*. Art. : Délire.

2. Régis. Congrès des médecins aliénistes de la Rochelle, 1893.

res. De même quand au cours d'une maladie infectieuse on voit se développer des troubles cérébraux, on les attribue au délire plutôt que de supposer que, par un hasard bien particulier, le début de la vésanie est venue coïncider avec cette affection.

« Cette distinction est à ce point de vue évidente que, chez certains aliénés, lorsqu'il survient une maladie aiguë, cette complication ne se traduit d'habitude pas par une recrudescence du délire existant déjà chez le malade mais par l'apparition d'un nouveau délire, parfaitement reconnaissable à ses caractères pour un délire fébrile et qui parfois se substitue au délire vésanique » (1).

Le délire dans les maladies infectieuses se distingue du délire aigu en ce que dans celui-là il y a une infection, une auto-intoxication, une toxémie avec des symptômes généraux et dont l'accident dominant est la localisation cérébrale. Dans le délire aigu les accidents d'auto-intoxication sont au deuxième plan, tandis que les phénomènes nerveux sont ceux qui prédominent. Dans le délire des maladies aiguës, au contraire, les manifestations générales d'infection prédominent, le délire n'étant qu'un symptôme spontané et passager. M. le professeur Pierriet (2) insiste beaucoup dans ses cours sur l'utilité du diagnostic de cette forme au point de vue des dangers que pourrait courir l'entourage si la maladie était incon-

1. Régis. *Médecine mentale*, p. 42.

2. Pierret. Cours de la Faculté de Lyon.

nue. Il donne comme caractéristique de ces délires les paralysies multiples, surtout des mâchoires et du pharynx, les rémissions presque complètes qu'on n'observe pas dans les autres formes de délire.

Le délire infectieux, par conséquent, n'est pas un délire vésanique.

Au contraire, il a une grande ressemblance avec le rêve et à propos de cela Delassiauve (1) dit : « Le jeu machinal du cerveau produit ici des scènes fantastiques dont le rapprochement avec des songes permet une interprétation plausible. »

Chez ces malades, dit M. Toulouse (2), le caractère dominant est l'état de rêve dans lequel ils sont plongés. Ils paraissent étonnés de ce qu'ils voient et de ce qu'ils entendent, comme s'ils étaient sans cesse témoins des choses qui leur sembleraient nouvelles ou plutôt qu'ils reconnaissent à peine. Ils sont perpétuellement dans la situation mentale du dormeur qui s'éveille et qui s'interroge, cherchant à coordonner les sensations qu'il perçoit et à les comparer aux sensations anciennes dont le souvenir n'est pas encore très précis. Ils sont incapables d'attention, leurs idées ne se tiennent pas et roulent sans aucune association stable dans un flux et reflux qui rappellent par leur mouvement la cérébration morbide du rêve. »

On sait que l'origine du rêve peut exister dans

---

1. Delassiauve. *Annales médico-psychologiques*, 1851.
2. Toulouse. *Gazette des Hôpitaux*, 30 mai 1893.

une parole, dans un acte, dans une sensation ou même dans une pensée antérieure. Nous savons de même que l'objet du rêve peut être une impression sensorielle actuellement perçue ; mais rien de nouveau, rien de récent. « Dans les tableaux du rêve, dit Delbœuf, il n'y a rien de nouveau, rien d'actuel ; ils n'offrent à notre attention que des vieilleries rajeunies par des combinaisons ou des contrastes inattendus. C'est le passé qui fait tous les frais de la représentation. » Tout cela on peut le retrouver dans le délire et, des observations que nous avons relatées, on peut voir que la plupart des malades trouvent l'objet autour duquel le délire se déroule soit dans leur profession, soit dans une sensation vive qu'ils ont ressentie quelques jours ou quelques mois auparavant.

On connaît le cas d'un employé, dont parle Abercrombie, qui se souvient d'un acte qu'il a oublié et qu'il avait accompli neuf mois avant. Sont d'autres malades qui, en faisant leur maladie infectieuse, se trouvent dans un état de rêvasserie, sans délirer, ne donnant aucune attention à tout ce qui se passe autour d'eux et qui se trouvent comme hypnotisés ; mais cet état persiste tant qu'on laisse les malades tranquilles, car immédiatement à chaque mouvement ils se réveillent pour un temps plus ou moins long et après ils retombent dans le même état.

Jeanny Roux (1), racontant un délire de quatre

1. Jeanny Roux. *Provence médicale*, 22 mai 1897.

jours qu'il a eu lui-même, comme complication d'un érysipèle, s'exprime ainsi relativement à l'assimilation entre ce délire et le rêve : « Dans le rêve la cellule nerveuse fonctionne sous deux influences ; les impressions périphériques comme à l'état normal d'une part, le mouvement nutritif d'autre part. Mais le cerveau est organisé pour coordonner seulement les actions cérébrales dont l'origine est à la périphérie.

Dans le rêve, viennent se joindre les actions cérébrales prenant naissance sous l'influence nutritive ; les idées sont d'autant mieux coordonnées, le rêve est d'autant plus absurde que l'apport de la périphérie est moindre, que le sommeil est plus profond. Remarquons cependant qu'un souvenir, qu'une image, une idée, nés sous l'influence exclusive du mouvement nutritif peuvent être le point de départ d'une cérébration coordonnée. Ce qui fait l'incoordination, c'est-à-dire en somme l'absence du jugement, c'est la pluralité, la multitude quelquefois des images éveillées en même temps dans la subconscience du rêve par les mutations nutritives. » Et plus loin : « Ces notions sont applicables de point en point aux hallucinations et au délire des intoxications par le haschiche, l'opium, l'alcool. Le délire de ces intoxications n'est autre chose qu'un rêve se produisant à l'état de veille. Remplaçons l'action des échanges nutritifs du haschiche, de l'opium, de l'alcool par l'action des toxines microbiennes et nous aurons l'explication de certains délires fébriles. »

Les délires des maladies infectieuses se distinguent des vésanies pures, parce qu'ils sont des délires de rêve ou oniriques.

Les rêves sont le produit d'un travail cérébral non réglé par l'examen de la réalité, à l'aide des organes des sens et des idées qu'ils suscitent ; ils sont souvent bizarres, parce que le sommeil ayant fait cesser toute spontanéité, les idées formées sont associées au hasard et avec d'étranges incohérences ; ils peuvent s'accompagner de tous les phénomènes expressifs : on se meut, on parle, on gémit, on se plaint, on chante. Tous ces caractères nous les retrouvons dans le délire : cette incohérence dans les idées, cette loquacité, ce mouvement continuel ou cet état de prostration pour ainsi dire et dans lequel les malades, sans aucun inconvénient marmottent des paroles, sans aucun sens, ou poussent des cris plaintifs.

On a confondu le délire de la convalescence et plutôt celui qui se manifeste sous la forme du délire ambitieux, sous la forme d'une monomanie et plus ou moins systématisé avec celui qui est le trait principal dans la paralysie générale. « Ce diagnostic, dit M. Raynaud (1), est d'ailleurs un peu difficile. D'abord le délire ambitieux de la paralysie générale des aliénés est bien moins systématisé que celui que l'on observe au cours de la fièvre typhoïde, les idées s'enchaînent moins logiquement les unes aux

1. *Gazette hebdomadaire*, 1897, p. 689.

autres, elles sont plus puériles, plus sottes, plus ridicules. Les paralytiques généraux croient encore posséder des millions, mais interrogez-les sur l'origine de leur prétendue fortune, ils ne sauront quoi répondre ou répondront des incohérences. Les malades atteints de fièvre typhoïde, au contraire, vous débiteront une petite histoire, vraisemblable jusqu'à un certain point : leur délire non seulement est plus systématisé, mais encore il est moins tenace que dans la paralysie générale ; on sent que leur croyance s'affaiblit de plus en plus à mesure qu'ils se rapprochent davantage de la convalescence et, peu à peu, ils se laissent ébranler par les raisons qu'on leur oppose jusqu'au moment où ils conviennent franchement et complètement de leur erreur. Enfin dans la fièvre typhoïde le délire s'accompagne rarement de cette insomnie véritable qu'on observe chez les aliénés : les typhiques ont un sommeil pénible, agité quelquefois de rêves, mais enfin ils dorment. »

CHAPITRE III

Symptomatologie.

Le délire éclate quelquefois brusquement, mais ces cas sont rares. A peu près toujours, il est précédé d'une série de symptômes prodromiques. Quelques heures ou quelques jours avant l'éclatement du délire, on observe une multitude de signes qui annoncent le commencement du trouble cérébral. Les malades ne dorment plus ou sont réveillés par de fréquents cauchemars ; ils se plaignent de céphalalgie, avec bourdonnement et tintement d'oreilles, sentiments de vertige, pesanteurs de tête ; ils manifestent un changement marqué dans le caractère, se plaignent de tout, ils sont agacés, susceptibles, la voix plus ou moins altérée, la parole brève ou saccadée. Ce tableau symptomatique s'applique surtout au délire des affections fébriles. A ces symptômes on voit succéder plus ou moins rapidement les phénomènes qui caractérisent le délire. Ces phénomènes variant d'après les cas, on peut établir plusieurs formes dans l'intensité du délire.

Dans la forme bénigne, il consiste dans une sorte de rêvasserie, dans laquelle tombe le malade et dont il se réveille aussitôt qu'on l'interpelle. Ces rêvasseries s'observent toujours à peu près le soir et pendant la nuit. Ce délire doux et calme a comme point de départ les occupations quotidiennes, les conceptions délirantes se meuvent surtout sur la profession du malade, sur ceux qui l'entretiennent, sur ce qui l'entoure, c'est un délire passager, définitif et qui cesse dès qu'on attire l'attention du malade. « Le malade, dit M. Raynaud (1), a l'attention tournée vers quelques objets imaginaires, toujours pénibles à voir. On arrive à le détourner de sa contemplation, mais il y retombe aussitôt qu'on vient à le laisser tranquille. Il ressemble à des gens qui rêvent tout éveillés. Il se livre à un voyage au long cours dans le pays des rêves. »

Les délirants prononcent des paroles marmottées, sans ordre et sans qu'ils semblent les comprendre. Si on leur cause, si on les appelle leur esprit reprend le dessus pour un temps plus ou moins long, mais il ne faut pas tenir trop longtemps leur attention en éveil, car ils retombent vite dans leurs marmottements et leurs rêvasseries. Dans une forme plus avancée les malades sont en proie à diverses hallucinations de la vue et de l'ouïe, ils voient des objets qui n'ont aucune existence réelle, ou ont des illusions. Ils prononcent des paroles incohérentes, ils

---

1. Raynaud. *Gazette de médecine et de chirurgie*, 1877.

divaguent et souvent leurs paroles roulent d'habitude sur les idées qui ont vivement préoccupé les malades avant la maladie. Tel le malade de Grissinger (1) qui, avant sa maladie (fièvre typhoïde), s'occupait beaucoup de la lecture des journaux qui parlaient de la guerre de Crimée ; son délire avait comme point essentiel cette guerre. Le plus souvent les hallucinations sont produites par les dessins des rideaux ou des objets qui se trouvent dans la chambre et en face du malade, il veut aller vers ces objets qu'il croit voir, il est en agitation à peu près continue, mais le délire des actes n'est pas encore déclaré.

Dans beaucoup de cas les malades restent dans leurs lits, tranquilles, sans aucun mouvement et prononçant seulement des paroles relatives aux hallucinations ou illusions qui traversent leur cerveau. Ainsi Leudet (2) cite une jeune fille qui, se croyant la fille du président de la République, distribue des croix, des honneurs. Herbet (3) relate l'observation d'un étudiant qui croyait avoir une boulette de mie de pain dans le cerveau et insiste pour qu'on le trépane, voulant être débarrassé de cet hôte incommode. Quelquefois le délire, quoique tranquille, est plus accentué ; le malade ne fait plus attention à ce qu'on lui dit, il divague, il prononce des paroles insensées, cependant il reste encore assez tranquille

1. Grissinger. *Traité des maladies mentales*, 1865.
2. Leudet. *Annales médico-physiologiques*, 1850. T. III, p. 148.
3. Herbet. Thèse de Paris, 1854.

et l'agitation, s'il y en a, se borne à des mouvements automatiques des bras et des mains ; le malade cherche à saisir quelque chose dans l'air, comme des corps volants (carphologie), à enlever du duvet des couvertures ou des draps de son lit (crocidisme).

Enfin le degré le plus élevé est le délire violent, furieux, pendant lequel les malades se trouvent dans un extrême mouvement : toutes les fonctions cérébrales, sensibilité, paroles, actes sont au plus haut degré d'acuité et d'incoordination. Dans ce délire, aux troubles des facultés intellectuelles s'ajoutent des désordres intenses dans les actes. Alors l'idéation, la parole, tout est désordonné ; sur le coup d'impulsion irrésistibles, le malade est un danger pour lui-même et pour ceux qui l'entourent. Les uns profèrent des cris, des vociférations, des menaces et des injures à l'adresse du médecin, les autres se livrent à des actes, frappant les personnes qui les soignent, brisant tout ce qui leur tombe sous les mains ; ils sont dans une agitation continuelle et en proie à une vive surexcitation, à une violente fureur, cherchent sans cesse à sortir du lit, et quelques malades dans cet état ont pu s'enfuir. Tel le cas cité par Gendron (1) d'un jeune garçon que l'on a transporté chez son père dans une charrette et qui, s'étant enfui sans qu'on s'en aperçût, fut recueilli par des personnes qui le croyaient ivre, lui firent des reproches de cette faute imaginaire. Tel autre, celui d'un

1, Gendron. *Archives générales de médecine*, 1829.

jeune homme de 22 ans, qui étant au deuxième jour d'une fièvre typhoïde s'échappe de la salle la première nuit de son entrée à l'Hôtel-Dieu en brisant un carreau et, après être tombé sur une terrasse, alla se jeter dans la Seine. Les parents ont dit que les nuits précédentes il avait eu un peu de délire, mais le soir de son entrée à la visite il avait paru fort calme.

Chez certains malades, au lieu de cette agitation on observe seulement une loquacité effrayante et continuelle, qu'on a vu durer plusieurs jours sans interruption, ou bien une sorte de grognement sourd et continu, non moins insupportable que les cris. Quelques autres refusent à manger et à boire ; ils voient autour d'eux des personnes qui veulent leur faire du mal, qui complotent contre eux, contre leur vie, qui veulent les empoisonner et commettent toute une série d'actes que leur imagination maladive invente. C'est ainsi que Raynaud raconte l'histoire d'un malade qui alla trouver le commissaire de police de son quartier lui racontant fort tranquillement qu'il avait tué sa femme et venait se constituer prisonnier. Le commissaire ouvrant une enquête reconnut que rien n'était vrai et que sa femme était parfaitement bien vivante. Il arrive très souvent que les malades ont des idées fixes, qui sont de très courte durée, mais quelquefois sont persistantes et dans ce cas on peut faire l'erreur de confondre ce délire fugace, d'un pronostic bénin, avec un délire systé-

matisé. Ainsi Baillarger (1) rapporte l'observation d'une jeune fille qui présentait un délire mélancolique et dépressif « systématisé ». Elle est entrée à la Salpêtrière, mais refusait toute alimentation, en disant qu'elle n'a ni estomac ni bouche. Plus tard elle a fait une fièvre typhoïde avec toutes les manifestations classiques. Ces idées fixes autour desquelles les malades délirent ne sont pas persistantes, ne se continuent pas après la guérison ou après que la période pyrétique est passée ; elles sont mobiles, assez vagues et, d'après les observations que nous avons publiées, elles ont le même caractère, c'est-à-dire des hallucinations de mélancolie, de grandeur, de persécution, hallucinations qui dans les délires infectieux sont à peu près toujours visuelles, tandis que dans le délire systématisé elles sont plutôt auditives.

D'autres fois on voit que des manifestations plus graves prennent naissance, ainsi que la confusion mentale, qui est plus fréquente dans la fièvre typhoïde, variole, pneumonie, érysipèle. Dans cet état les malades ont les idées très confuses, ils sont dans un état d'hébétude, ils comprennent très difficilement tout ce qui se passe autour d'eux et répondent avec difficulté aux questions posées. Mais cette confusion mentale, dans laquelle restent plongés les malades après leur délire, a une grande analogie avec l'état dans laquelle se trouvent les personnes

1. Baillarger. *Annales médico-psychologiques*, 1841.

qui se sont éveillées après un rêve, un mauvais rêve et relatif à cela, voici comment s'exprime M. Toulouse (1) : « C'est même cette forme vésanique, la confusion mentale, qui n'est ni de la manie, ni de la mélancolie, ni de la démence et qui emprunte à chacun de ces trois groupes psychologiques quelques-uns de leurs symptômes, qui paraît devoir être le plus fréquemment observée après les maladies infectieuses, telle que la dothiénentérie, dans certains états puerpéraux. Il semble donc vrai que c'est l'asthénie généralisée qui est une condition pathogénique de ces délires. »

M. Desvaulx (2) dit encore que les malades, quand ils passent de l'état de veille à l'état de sommeil, éprouvent des hallucinations qui ont absolument le caractère des hallucinations hypnagogiques et il rapporte une observation du professeur Viaud, de Bordeaux, qui s'exprime relativement aux phénomènes que présenta cette malade : « Quand elle était assoupie dans un demi-sommeil ou dans un état intermédiaire entre la veille et le sommeil, si elle fermait les yeux, elle voyait des chevaux courir, montés par des soldats en culottes blanches. Ceci se passait au marché de Bordeaux. Elle entendait aussi des personnes qui disaient à côté d'elle : « Sortons-nous voir la cavalerie qui passe ». Elle avait peur et croyait qu'on allait venir sur elle. Elle ouvre les yeux, la scène

---

1. Toulouse. *Gazette des Hôpitaux*, 30 mai 1893.
2. Desvaulx. Thèse de Paris, 1899-1900.

change : ce sont maintenant des lutteurs prêts à se battre, puis de « vilaines figures » d'hommes et de femmes, vieux, à visage méchant, plantés devant elle, lui faisant des grimaces et ressemblant à des gitanes, et, en ouvrant les yeux, tout disparaissait. La tête dans l'intervalle de ses hallucinations lui paraissait devoir s'ouvrir en deux ; ça lui lançait et il lui semblait que quelque chose remuait dedans et se déplaçait avec les mouvements qu'elle lui imprimait. Toutes ces visions passaient comme un éclair. En ouvrant les yeux la croisée lui paraissait troublée. Elle répondait très bien à toutes les questions que lui adressait sa fille, semblait sortir d'un rêve et puis s'y replongeait. »

CHAPITRE IV

Pathogénie et Anatomie pathologique.

Les façons pour expliquer les différents troubles nerveux et spécialement le délire des maladies infectieuses ont été très variées pendant le siècle dernier. Les opinions soutenues étaient basées surtout sur les troubles que produisent ces maladies sur l'organisme, sur la dénutrition de l'économie et en particulier sur la dénutrition du système nerveux. Avant de développer les idées modernes sur la pathogénie du délire, nous rappellerons les diverses opinions qui ont été émises sur ce sujet.

Ainsi Pidagnel (1) dit que le délire initial de la fièvre typhoïde a pour cause une inflammation des centres nerveux et de leurs enveloppes.

Rostan (2) soutient que dans deux cas de fièvre typhoïde il a trouvé dans l'un une congestion du

---

1. Pidagnel. Académie des Sciences, 1839.
2. Rostan. *Gazette des Hôpitaux*, 1855.

cerveau et des enveloppes, dans l'autre une méningo-péri-encéphalite diffuse.

Moreau (1) dit que l'altération du sang moins oxygéné et chargé de substances toxiques, la fièvre, le défaut d'hématose, l'anémie, l'aglobulie sont les vraies causes du délire.

Bühl, cité par Jaccoud, a démontré que, pendant la période initiale et la période d'état des fièvres, la proportion d'eau de la substance blanche est toujours augmentée, c'est là pour lui un œdème aigu du cerveau.

Morer (2) démontre qu'il y a une action réflexe émanée des organes malades, et que le délire débute par une excitation périphérique transmise directement aux cellules cérébrales, ce qui amène une anémie ou de la congestion et de là une altération dans la nutrition générale.

Brossius (3) attribue le délire aigu des maladies fébriles dans les premières périodes à la congestion et celui qui survient dans la convalescence à l'anémie cérébrale.

Nasse soutient que les troubles mentaux liés à la fièvre typhoïde sont toujours consécutifs à l'anémie cérébrale.

Kræplin (4) dit que la fièvre et l'infection sont les

---

1. Moreau. Thèse de Paris, 1866.
2. Morer. Thèse de Paris, 1872.
3. Brossius. *Irrenfreund*, 1866.
4. Kræplin. *Archives de Neurologie*, 1882.

deux agents provocateurs des délires. En même temps pour les délires de la convalescence il soutient que les troubles de nutrition d'ordre anémique et d'épuisement général consécutif à l'accélération fébrile en sont les causes. La folie survenant longtemps après les maladies infectieuses peut être due : 1° soit à des lésions produites lentement comme dans la syphilis, fièvre intermittente, chez lesquelles les malades, à la suite des rechutes nombreuses et de l'imprégnation de l'organisme par les produits infectieux sont anémiés depuis longtemps, les lésions organiques s'installent, ayant comme siège de prédilection dans l'impaludisme la rate, ou les centres nerveux dans les autres maladies ; 2° soit que la maladie infectieuse a rendu le terrain propice à présenter des manifestations psychiques à la moindre cause occasionnelle.

Grissinger (1) croit que la vraie cause est une anémie du cerveau. Pour Louis, Chomel, c'est la congestion, c'est la vascularisation des membranes cérébrales, une sorte d'extravasation sanguine dans les méninges. Pinel, Ball disent que ce sont les actions réflexes qui ont leur point de départ dans les plaques de Payer. Brouardel a montré qu'au début des varioles graves il y a une véritable anoxémie. Charpy dit que le délire des maladies infectieuses est un délire par excitation nerveuse primitive, directe ou réflexe,

---

1. Grissinger. *Traité des maladies mentales*, 1877.

et qu'il est le résultat d'une altération des cellules de la substance verticale.

Guéneau de Mussy (1) a trouvé une infiltration séreuse des méninges et le liquide céphalo-rachidien en grande quantité, une sorte de piqueté rouge de la substance cérébrale. En même temps l'œdème du cerveau se présentait toujours quand les malades manifestaient un délire violent et succombaient dans le coma. Enfin il disait qu'il ne se rappelle pas avoir vu un cerveau dans des conditions normales, quand les malades ont succombé après des troubles très graves.

« Si le délire, dit Trousseau (2), comme aussi cette habitude que les malades gardent quelquefois, cinq, sept, huit mois et plus après leur guérison, qui chez quelques-uns même se prolonge toute la vie, peut se rattacher à une lésion subinflammatoire de la couche corticale et des enveloppes du cerveau, le plus souvent l'altération organique n'est point appréciable et les phénomènes pathologiques semblent être sous la dépendance de l'anémie cérébrale, d'un état de faiblesse qu'il faut combattre absolument comme la faiblesse musculaire à laquelle nous l'avons comparée ».

Pour Bouillaud, Andral et Gavaret, ce sont les altérations du sang, la diminution des globules rouges qui sont la cause du délire. L'albumine et la fibrine

1. Guéneau de Mussy. *Clinique médicale*, 1884.
2. Trousseau. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, p. 357.

sont très diminuées dans le sang ; le pouvoir absorbant du sang est très diminué. Les déchets des combustions ou les produits des combustions incomplètes et qui, au lieu de s'éliminer par l'urine, s'accumulent dans le sang, sont une source importante pour la production des phénomènes nerveux dans les maladies infectieuses.

C'est la théorie d'inanition soutenue par Bequet (1), et d'après laquelle les maladies infectieuses produisent une dénutrition générale, l'inanition. Elles agissent sur le cerveau en le privant des substances nécessaires à son fonctionnement. Nous pouvons objecter à cette théorie que la cause étant faiblement vraie pour les convalescences des maladies de longue durée, elle n'a aucune raison quand le délire se développe à la période d'invasion ou d'incubation des fièvres éruptives, ou quand il s'agit du délire initial de la fièvre typhoïde.

Thuet (2) soutient que la rétention de l'urine en est la cause et qu'après le cathétérisme le délire disparaît.

Déjà, en 1873, Christian (3) s'exprimait ainsi sur la vraie cause du délire : « L'existence de l'agent infectieux dans les pyrexies ne saurait être mise en doute, bien qu'il ne soit pas encore cliniquement défini. Ce poison produit une dyscrasie spéciale

---

1. Bequet. *Archives générales de médecine*, 1866.
2. Thuet. Thèse de Paris, 1876.
3. Christian. *Archives de médecine*, 1873.

comparable à celle qu'entraîne l'introduction dans le sang de certains poisons minéraux et végétaux et l'on sait que, dans ces cas, l'altération du sang est une cause pathogénique efficace du délire. »

Hallopeau (1) dit que le délire est causé par une pénétration du sang par les microbes qui agissent soit directement, soit en donnant naissance à une substance nuisible.

On sait que les poisons qui peuvent influencer le système nerveux sont de deux ordres : 1° les uns sont exogènes, c'est-à-dire introduits dans l'organisme accidentellement ; 2° les autres sont endogènes, c'est-à-dire formés dans l'organisme, il y a auto-intoxication.

Cette auto-intoxication prend naissance soit par les microbes eux-mêmes, soit par leur sécrétion, leur toxine, soit par les déchets de la combustion intra-organique. On peut aller plus loin et montrer l'analogie qui existe entre ces délires toxiques et infectieux avec ceux qui surviennent dans un grand nombre des maladies chroniques du foie, du rein, du cœur. Quelle est la cause probable de ces désordres psychiques ? bien sûr des agents toxiques, qui ne reviennent pas du dehors, mais sont fabriqués et retenus dans l'organisme du malade. Par conséquent les poisons minéraux, végétaux et animaux, infection et auto-intoxication, sont les vraies causes de ces troubles mentaux, à évolution ordinairement

1. Hallopeau. *Pathologie générale,* 1887.

rapide et toujours en rapport direct avec la continuité d'action de l'agent toxique.

On sait de même que tous les déchets organiques s'éliminent par le foie et le rein et que si l'un de ces organes est malade, l'élimination est suspendue d'une façon continue, ou il y a seulement l'insuffisance passagère. Ainsi au cours de l'érysipèle les lésions du foie et des reins sont assez fréquentes et elles peuvent entraîner une suppression plus ou moins prolongée du fonctionnement de ces deux organes. « La suppression brusque des fonctions du foie, dit Klippel, entraîne invariablement le délire et le coma. » Par exemple dans l'érysipèle M. Roger a constaté sur 666 hommes malades l'hypertrophie 139 fois et sur 718 femmes seulement 21, ce qui fait une proportion de 20,8 o/o chez les premiers et de 2,7 o/o chez les seconds. Relativement à l'insuffisance rénale nous savons que, dans l'urémie, les phénomènes nerveux consécutifs et surtout le délire sont très fréquents et M. Joffroy distingue plusieurs sortes de délire :

1° Ceux qui se développent comme symptomatiques d'une maladie infectieuse ;

2° Ceux qui sont produits par le brightisme ;

3° Ceux qui sont créés et entretenus par des troubles organiques, dont ils sont une des manifestations et qui constituent ainsi la folie brightique.

Et M. Roger rapporte que sur les malades annoncés plus haut on a trouvé 259 hommes qui avaient de l'albumine et 172 femmes seulement, ce qui fait

38,8 et 23, 9 o/o. D'autre part, dans les maladies infectieuses l'action des toxines est manifeste ; ainsi la toxine du bacille pyocianique introduite dans l'organisme produit une sorte de paralysie spasmodique ; la toxine diphtérique produit des paralysies ; les autres toxines, comme celle du tétanos produisent des convulsions ; enfin la toxine streptococcique est très bien connue et d'après M. Roger cette toxine est une matière albumineuse assez toxique. Dans ces conditions il est très facile d'attribuer le délire qu'on observe dans les grandes infections à ces toxines, bien que sans doute le fait soit plus difficile à vérifier que pour les paralysies et convulsions. M. Chantemesse, au cours d'autopsies des malades ayant succombé à un érysipèle après avoir présenté des accidents nerveux, a constaté une véritable hydropisie du liquide céphalo-rachidien et examiné au microscope ce liquide, il contenait des streptocoques. Ces faits apportent une nouvelle explication de la plupart des troubles nerveux au cours d'un érysipèle et spécialement du délire.

Les toxines, qui tiennent aujourd'hui la première classe dans la pathologie du système nerveux, qui se voient plus ou moins attaquées par celles-là relativement à l'hérédité, au sol, à l'état de l'organisme, à la diathèse, au tempérament, à la constitution, à l'âge, à l'état du système nerveux et autres, peuvent aider le sérum du sang à créer l'altération locale ou à conserver l'infection générale et pour qu'une infection attaque un système quelconque de l'orga-

nisme, il faut avant tout que d'autres produits aient préparé le terrain. Personne ne peut nier l'action toxique des produits des microbes sur l'organisme. La fièvre typhoïde joue un grand rôle sur ces exaltations nosologiques de l'encéphale qui ne proviennent pas d'altérations organiques ou anatomiques, mais simplement du changement de chimisme d'origine microbienne. Chaque organisme réagit contre les toxines et son action se fait d'une manière analogue aux éléments dynamiques appartenant à son individualité soit personnellement, soit par hérédité. Et M. Régis s'exprime ainsi au Congrès de La Rochelle : « Il ne s'agit plus de délire fébrile non vésanique, d'inanition, de sympathie, de répercussion et de métastase, en un mot des causes plus ou moins mystérieuses et scientifiquement inexplicables. Il s'agit d'infection et d'auto-intoxication, c'est-à-dire de l'empoisonnement de l'organisme et par suite du cerveau, soit par les microbes ou leurs produits de sécrétion, soit par des substances toxiques résultant de la formation exagérée ou de l'insuffisance d'élimination des poisons normaux. »

Ces toxines peuvent pénétrer dans les centres nerveux par deux voies : par la voie sanguine ou par la voie lymphatique et une fois arrivés là déterminent de véritables colonies, de véritables embolies microbiennes.

Par conséquent les délires observés à la suite des maladies infectieuses ne sont que le résultat d'une intoxication du sang et des éléments nerveux par

les microbes directement ou par leurs produits toxiques et qui, accumulés dans le sang et n'ayant aucune voie d'excrétion puisqu'ils sont malades, agissent et se répandent dans tous les organes et notamment dans le cerveau et engendrent les différentes manifestations nerveuses parmi lesquelles la plus importante est le délire qui nous occupe principalement.

Parmi les autres causes, qui peuvent influencer à la détermination du délire sont la prédisposition héréditaire et la tare nerveuse. Les opinions à ce point de vue sont très variées. Entre ceux pour qui l'hérédité est tout et ceux pour qui cette cause ne compte guère il y a place pour toutes les opinions intermédiaires. Nous savons que les formes des maladies nerveuses sur lesquelles nous pouvons dire que tel ou tel malade a une tare nerveuse sont très nombreuses et ne trouvant pas une maladie bien caractérisée, bien définie, on se contente de constater une minime aberration des facultés mentales, une simple obsession. des caractères bizarres ou une susceptibilité extrême, une émotivité un peu exagérée, signes qui, pris isolément, n'ont que très peu d'importance et sur lesquels on s'est basé assez souvent pour expliquer le délire dans le cours d'une maladie infectieuse. Nous, nous pouvons dire qu'il n'en existe pas, mais on sait très bien que les maladies mentales se trouvent au nombre de celles qu'on désire tenir cachées et, en deuxième ligne, combien sont nombreux les malades qui trompent leur médecin,

les interrogeant sur leur casier pathologique. Parmi les nombreuses observations que j'ai prises dans le service des maladies infectieuses de Bucharest, pendant une série d'épidémies de fièvre typhoïde, de variole, de scarlatine, observations que je n'ai pu relater dans cet ouvrage, interrogeant les malades sur leurs antécédents, je n'en ai trouvé qu'un petit nombre avec des antécédents héréditaires. M. Barié(1), rapportant quelques observations et parmi lesquelles nous en avons publié une *in extenso*, dit qu'il n'a rencontré qu'un seul cas d'hérédité nerveuse : la mère de la malade était hystérique, un oncle était mort épileptique, et un frère était atteint de chorée. Chez les autres cas on n'avait observé aucun antécédent nerveux familial, sauf chez quelques-uns on a relevé un état d'impressionnabilité un peu plus marquée.

Il est loin de notre pensée de dire que le délire n'est du tout influencé par une prédisposition héréditaire, par une tare nerveuse, cependant nous l'admettons entièrement dans les cas du délire qui survient pendant la convalescence ou un temps plus ou moins long après la guérison. Dans ces cas, la maladie n'a été que la cause déterminante, le délire n'attendant qu'une occasion pour s'établir, il a trouvé dans la maladie infectieuse une cause occasionnelle qui a favorisé son éclosion. Et à propos de

---

1. Barié. *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, 28 février 1890.

cela voici comment s'exprime Marandon de Montyel (1): « La prédisposition reprend ici le rôle important que nous lui avons vu jouer dans les délires initiaux. Les typhiques qui restent sous le coup de la folie après la disparition complète de la dothiénentérie et de l'anémie consécutive sont presque toujours des prédisposés vésaniques. Sous l'influence de la fièvre typhoïde, l'aliénation mentale qui était à l'état latent a passé à l'état potentiel et a trouvé en elle, non seulement une cause occasionnelle qui a favorisé son éclosion, mais encore, très souvent, une cause adjuvante qui, par les altérations histologiques qu'elle a déterminées dans la structure cérébrale, lui a fourni pour son épanouissement un terrain encore plus propice. »

Assez souvent l'hérédité est remplacée par un autre facteur, la prédisposition individuelle, c'est-à-dire cette tendance qu'ont certains individus à présenter à la moindre occasion et en dehors de toute tare héréditaire des phénomènes psychiques d'intensité variable. On voit assez souvent des personnes qui délirent à la moindre poussée fébrile ; on dirait que ces personnes-là ont dans le cerveau un grain de folie et cependant, en dehors de ces périodes fébriles, de tels individus ont le cerveau le mieux équilibré. Il y a encore une prédisposition accidentelle, c'est-à-dire une prédisposition toute momentanée, due à des

---

1. Marandon de Montyel. *Annales médico-psychologiques*, 1883, page 387.

causes fortuites, mais dont l'importance est suffisante pour qu'elles impriment au cerveau une empreinte qui deviendra visible si une maladie fait invasion sur ces entrefaites. Parmi les causes qui peuvent engendrer cette prédisposition accidentelle sont les études et les veilles prolongées, les chagrins, les préoccupations morales, les excès intellectuels, le surmenage cérébral. Il suffit de parcourir les diverses observations des maladies infectieuses avec délire pour noter avec toute l'exactitude désirable que tels ou tels malades avaient été pris pendant la pénible préparation d'un concours ou bien après de violentes contrariétés ou bien encore après des pertes d'argent ou la perte d'un être chéri.

M. Desvaulx (1) admet comme cause générale la civilisation et s'exprime ainsi : « Il est certain à notre sens que le cerveau de l'homme civilisé est plus prédisposé aux localisations toxiques et infectieuses que le cerveau de l'homme non civilisé. Plus la civilisation s'affine, plus elle est exposée aux réactions pathologiques. »

L'alcoolisme est une cause qui est très souvent répétée dans les observations des maladies infectieutieuses compliquées de délire et avec beaucoup de raison parce que l'alcoolisme fait partie de la classe des grandes diathèses, qui produisent un affaiblissement de l'organisme en général et du système cérébral en particulier et peut faire que le délire se déve-

---

1. Desvaulx, *op. cit.*

loppe avec une plus grande facilité et relativement à cela voici comment s'exprime M. Roger : « Les excès alcooliques représentent en effet une des causes importantes du délire, et lui impriment des caractères particuliers. Bien des fois, à l'entrée des malades, en constatant le tremblement de la langue ou des lèvres qui donnent à la parole un caractère scandé et spécial, nous avons pu annoncer l'imminence des manifestations délirantes. »

Une autre théorie, et qui a été la plus répandue, est celle qui soutient que le délire a comme cause la fièvre, l'hyperthermie. Cette théorie a une part de raison, non comme une cause principale comme beaucoup d'auteurs ont voulu la considérer, mais plutôt comme une cause occasionnelle. M. Chavigny (1) soutient que le délire n'est nullement influencé par la fièvre et dit : « Il n'y a entre ces deux éléments qu'une relation de coexistence suffisante pour que l'on puisse songer à les faire dériver de causes assez analogues, mais ne donnant nullement la conviction qu'on doit admettre l'un comme cause de l'autre. » Et pour soutenir cette affirmation il cite à l'appui une série d'observations, surtout de variole, choisies entre beaucoup d'autres.

Qu'il nous soit permis de penser tout à fait le contraire, et sans vouloir ranger la fièvre parmi les causes principales du délire, de la considérer comme une cause occasionnelle importante dans le dévelop-

1. Chavigny. *Thèse de Lyon*, 1892.

pement et la continuité du délire et comme preuve, ne pouvant rapporter les observations prises dans les hôpitaux de Bucharest pendant notre internat, nous pouvons témoigner que dans presque la majorité des cas nous avons constaté une élévation de température, tantôt concomitante avec l'éclosion du délire, tantôt quelques jours ou quelques heures avant son apparition. On sait depuis longtemps qu'il existe une corrélation étroite entre la température et l'éclosion des phénomènes nerveux chez un malade de fièvre typhoïde et on a constaté qu'avec une température de 39° le délire éclate, se maintient autant que dure la fièvre et qu'il commence à s'affaiblir, quand celle-ci tombe. Que visent les médecins qui traitent par l'administration des antithermiques et par les bains froids qui sont en même temps antithermiques et régulateurs des centres nerveux ? Deux autres caractères permettent de dire que le délire et notamment celui du début et de la période d'état, peut être rattaché à l'élévation de la température : c'est une augmentation des symptômes délirants le soir, quand nous savons qu'il y a une élévation de température et d'autre part une diminution manifeste le matin quand la courbe thermométrique est descendue. Cependant assez souvent surviennent des cas où la courbe thermique oscille autour d'un point élevé et que le délire est nul ou peu accusé et au contraire qu'on le voit augmenter quand la température commence à s'abaisser. Mais ceux-ci sont des exceptions et nous avons vu que dans la majorité des cas il coïncidait avec une température élevée.

« D'autre part, dit M. Toulouse (1), il faut faire une place particulière à la fièvre qui agirait par son retentissement sur la nutrition du cerveau. Il y a en faveur de cette hypothèse plusieurs raisons et notamment celle-ci que c'est bien souvent au moment de la plus grande température que le délire éclate. » Dans la thèse de M. Saisset (2) nous avons trouvé une série d'observations de fièvre typhoïde et dans lesquelles on voit qu'à peu près tous les malades ont présenté une température de 39° et 40° au moment de l'éclosion du délire et même au cours de la maladie délirante et que, dans les cas suivis de guérison, la diminution des manifestations délirantes a coïncidé avec un notable abaissement de la température. Nous reproduisons deux de ces observations, un cas qui a été suivi de guérison et l'autre suivi de mort.

I

Allut.., soldat de ligne entré le 1er septembre 1876 à l'hôpital militaire de Perpignan. Tous les signes de fièvre typhoïde.

1er	septembre	Température		40°		
2	—	—	matin	39°,8	soir	40°,2
3	—	—	—	40°	—	40°,4
4	—	—	—	39°,8	—	41°
5	—	—	—	40°	—	40°,9
6	—	—	—	40°,1	—	49°,0
7	—	—	—	40°,	—.	40°,8

1. Toulouse, *op. cit.*
2. Saisset. Thèse de Paris, 1895.

Du 8 au 14 septembre la température a continué à se maintenir autour de 41° sans jamais descendre au-dessous de 40°. La mort survint le 21 septembre à 10 heures du soir.

II

B..., brigadier, entre à l'hôpital militaire de Perpignan le 8 novembre 1876 avec les symptômes d'une fièvre typhoïde au début. Le malade est souffrant depuis dix jours. Excitation cérébrale considérable.

8 novembre	Température du soir	40°			
9 —	—	matin	40°2	soir	41°1
10 —	—	—	40°	—	41°

Le 11 les phénomènes d'excitation cérébrale diminuent. La température, qui est au matin de 40°3, descend le soir à 39°6. Le lendemain le malade est calme ; température le matin 39°, le soir 39 8. La température vespérale des jours suivants s'est toujours maintenue autour de 39°, sans jamais atteindre 40°. Le 26, le malade est envoyé en congé de convalescence.

CHAPITRE V

Pronostic.

Les dispositions nerveuses particulières des malades, la maladie au cours de laquelle se développe le délire, l'état moral et physique, la durée, la forme, l'intensité sont autant de causes qui peuvent influencer sur le pronostic de la maladie. Il est erroné de dire que toute maladie qui se complique de délire a un pronostic grave, l'observation quotidienne vient réfuter une telle idée. Par contre, le délire comme complication d'une maladie grave, d'une maladie cérébrale ou d'une maladie infectieuse, survenant chez un sujet débilité physiquement ou surmené, ce délire peut influencer sérieusement et d'une façon indubitable sur le pronostic. Les maladies dans lesquelles on peut considérer le délire comme un accident sérieux sont la fièvre typhoïde et les maladies exanthématiques. Le délire des premiers jours, dans la période du début, peut passer sans laisser aucune trace, ou peut se prolon-

longer pendant la période d'état et en ce cas le pronostic est plus sérieux et la guérison a moins de chances de se produire.

« Cette deuxième occurrence, c'est-à-dire quand le délire se prolonge et pendant la période d'état, disent MM. Hanot et Bucquoy (1), implique une plus grande gravité, comme aussi un délire à la période d'état est de meilleur augure, toutes choses égales d'ailleurs, qu'un délire de la période d'état qui date des premiers moments de l'infection. C'est que la durée, la fixité du phénomène, abstraction faite des autres conditions, constituent un élément de pronostic de premier ordre. »

Et voilà comment s'exprime Griesinger relativement au délire de la convalescence : « Le malade n'a plus de fièvre, mais il conserve quelques traces de son délire fébrile, ou bien en dehors de son délire il exprime sur tel ou tel sujet des idées tout à fait dépourvues de sens, complètement perverties, ou bien il a des hallucinations, son intelligence est faible, mais son caractère n'est pas profondément excité. Dans cette forme de folie fragmentaire, le pronostic est généralement favorable ; le délire disparaît presque toujours rapidement quand le malade reprend ses forces, quand bien même, comme cela se voit quelquefois, il existe en même temps un peu d'agitation maniaque. Dans ce cas il n'y a pas de folie à proprement parler, c'est plutôt un retour lent des

1. Hanot et Bucquoy. *Arch. de Médecine*, 1881, p. 24.

fonctions cérébrales à leur état normal, aussi ces malades n'entrent-ils pas dans nos asiles. Mais il y a aussi des cas plus graves de folie chronique, c'est généralement de la mélancolie qu'il s'agit, la maladie mentale va en augmentant peu à peu, elle s'accompagne parfois de stupeur, ou bien les malades croient qu'on veut les empoisonner, ils refusent de manger. Enfin ces cas se transforment en manie ou en démence profonde, les fonctions du cerveau ne peuvent plus s'établir, peut-être en raison des troubles de nutrition dont cet organe est le siège, le pronostic est défavorable. »

Louis, Marcé, Forget, croient tous que ce délire disparaît sous l'influence d'un régime tonique, qu'il se dissipe peu à peu quand le malade est rendu à ses habitudes ; d'autres fois il peut se faire que les malades offrent des alternatives irrégulières d'excitation et de dépression que l'incohérence des idées se complique d'impulsions désordonnées et aboutisse à la démence. Par conséquent dans le délire de la convalescence le pronostic est généralement favorable et peut disparaître quand les malades commencent à s'alimenter et dans ces cas ils guérissent toujours par un retour des fonctions cérébrales à leur état antérieur.

Quel sera l'avenir des malades atteints du délire de la convalescence ?

Pour Chomel, ces troubles sont fugaces et superficiels. Louis dit de même qu'il a vu à peu près toujours ce trouble disparaître rapidement.

Grisolle soutient qu'après les fièvres typhoïdes graves l'intelligence reste quelque temps paresseuse et que l'aptitude aux travaux intellectuels est moindre pour un temps plus ou moins long. Les uns ont un délire maniaque, d'autres une telle obtusion des idées qu'ils se rapprochent des déments.

Chéron rapporte une statistique de trente-trois cas, dont il cite vingt-quatre guérisons, les autres cas se sont terminés par la manie, la stupidité ou la monomanie ambitieuse.

Ball indique comme proportion neuf cas de guérison sur dix.

Marandon de Montyel soutient que seulement les prédisposés vésaniques restent aliénés sous l'influence de la fièvre typhoïde.

DEUXIÈME PARTIE

Fièvre typhoïde.

Parmi toutes les maladies infectieuses la fièvre typhoïde est incontestablement une de celles qui engendrent le plus souvent le délire. Ce délire se montre sous différentes formes, de la forme la plus banale, la plus légère à la forme anormale pour ainsi dire, et entre ces deux formes il en existe d'autres intermédiaires. Tantôt le délire apparaît tout à fait au début de l'affection, tantôt dans le cours de la maladie, c'est-à-dire pendant la convalescence, quand la fièvre a totalement disparu ou un temps plus ou moins long après que le malade a été guéri.

Nous allons décrire : 1° le délire initial ; 2° le délire dans la période d'état ; 3° le délire de la convalescence.

Délire initial. — Avant l'apparition du délire les malades commencent à avoir une multitude de symptômes prodromiques : quelques jours de malaise, fièvre, bourdonnements d'oreilles, troubles du sommeil.

« Dans les premiers temps, dit Homolle, et chez quelques sujets jusqu'à la fin du délire, il se produit vers le soir, au moment où la somnolence tranquille de la journée fait place à une certaine agitation. Il est précédé de quelques signes précurseurs : le malade est impatient, brusque, il a la parole plus brève, souvent la face est plus colorée, la céphalalgie plus forte ou les pupilles plus dilatées. Il est plus fréquent encore d'observer quelques troubles du sommeil ; le typhique a pendant plusieurs nuits des rêvasseries qui lui causent une grande fatigue et parfois un malaise tel que certains sujets, au dire de Louis, s'efforcent de se tenir éveillés pour s'y soustraire. »

Les cas du délire d'emblée sont évidemment plus rares. Ainsi, Gueneau de Mussy (1) l'a vu se déclarer dans la première heure d'une invasion brusque qui se passa sous ses yeux, et dans dix-huit cas sur cinquante-six l'a observé avant le huitième jour.

Louis cite un cas où le délire éclata la première nuit.

« Il y a bien des années, dit Murchisson, j'ai noté l'existence du délire pendant la première semaine dans 9 0/0 des cas, et depuis lors, j'ai vu un nombre considérable de cas dans lesquels le délire aigu était le premier symptôme observé. Dans trois de ces cas, dans lesquels j'ai été consulté, la maladie avait d'abord été regardée comme une manie aiguë et dans deux

1. Gueneau de Mussy. *Clinique Médicale,* 1884.

cas les malades avaient été transportés dans un asile d'aliéné. »

Il commence plutôt le soir, dans les premières heures de la nuit. D'après Grissinger, le délire se montre de très bonne heure chez les malades avec de la fièvre intense et qui se trouvent dès le début dans un état de prostration, ou chez les malades nerveux, faibles ou anémiques, chez lesquels une réaction fébrile, même très modérée, peut donner naissance à un état d'excitation extrême.

Le phénomène primordial et habituel par lequel se manifeste le délire dans la fièvre typhoïde est la *stupeur*. Dans cet état le malade répond avec difficulté aux questions posées ; il a le regard vague, il est silencieux et ne parle que très peu. On constate dès le début de la maladie cette indifférence pour les personnes et les choses qui l'entourent, cette sorte d'apathie intellectuelle, cette lenteur de réponse, qui caractérisent la stupidité. Chez ces malades, de toutes les facultés intellectuelles c'est l'attention qui est la plus atteinte. D'autres malades prononcent des syllabes incompréhensibles — cet état est plus manifeste le soir et la nuit, quand la température est plus élevée. Ce marmottement est la manifestation la plus banale et sous laquelle se comportent à peu près toutes les pyrexies.

Le délire initial est un délire tranquille, généralisé, et s'accompagne des hallucinations visuelles. Quelquefois il perd ce caractère de tranquillité. Le malade se trouve dans un état d'agitation extrême,

de mobilité, d'incohérence dans les idées, de loquacité, il crie et a des mouvements désordonnés ; il a des hallucinations terrifiantes, veut quitter son lit et se jeter par la fenêtre, court, se blesse et commet toute une multitude d'actes que son imagination maladive invente. Au fur et à mesure que sa maladie s'avance, cet état de choses fait des progrès. Cette sorte de stupeur a été quelquefois confondue avec la stupeur des aliénés.

En ce qui concerne le pronostic, tant par les observations que nous avons publiées que par les statistiques, on voit qu'il est un peu sombre quand le délire apparaît avant la déclaration de la maladie. Kræplin reconnaît également que le pronostic des délires initiaux est plus sérieux que celui de la période d'état ; tandis que la mortalité est de 41,60 0/0 pour les premiers, elle est de 21 0/0 pour les derniers. Il arrive quelquefois que le délire peut se prolonger pendant le cours de la fièvre et les phénomènes cérébraux constituer toute la maladie.

On peut confondre ce délire avec agitation, mobilité, incohérence d'idées, loquacité, avec un accès de manie aiguë et quand il éclate tout à fait au début, avant que les signes de la dothiénentérie soient manifestés, alors le diagnostic avec la manie aiguë est très difficile et beaucoup de traités spéciaux rapportent des malades dirigés sur les asiles comme aliénés et qui n'étaient atteints que de simple fièvre typhoïde compliquée de délire. Ainsi Motet cite le fait d'un typhique, qui fut placé dans un asile, avant qu'on

ait reconnu la nature réelle des accidents graves qu'il présentait.

Délire de la période d'état. — C'est dans cette période que le délire se manifeste plus fréquemment ; il ne survient d'emblée, sans aucun phénomène prémonitoire, que très rarement. Il est souvent précédé de quelques symptômes prodromiques, comme celui de la première période. Les malades sont agités, ont de l'insomnie, ils sont tracassés de rêvasseries qui sont diurnes ou nocturnes. En même temps peu après le délire, les phénomènes d'excitation augmentent et les hallucinations qui feront la plus grande partie du délire commencent à apparaître. Dans cette période, le délire se manifeste à peu près toujours le soir, il est nocturne et seulement dans les cas graves il est nocturne et diurne et alors le pronostic est un peu sombre. Le délire roule sur les occupations du malade, sur ses habitudes, sur sa profession, il parle toujours sans s'arrêter, mais pas un seul mot de sa conversation n'est intelligible. Quelques fois le délire est violent, accompagné d'une extrême agitation ; le malade veut sortir de la salle et veut se livrer à des actes plus graves : tentatives de suicide ou de meurtre. Louis et Murchisson disent que ce délire a un pronostic plus grave et que la plupart des malades sont morts, et dans les cas où les malades guérissent ils restent avec un affaiblissement intellectuel, une sorte d'amnésie.

D'autres formes de délire dans cette période peuvent se présenter. On voit assez souvent des mala-

des présentant un délire qui a toutes les allures d'un délire partiel, d'un délire systématisé, délire de persécution ou délire religieux qui pouvait ressembler au délire systématisé de Lasègue. De même des idées de mégalomanie peuvent apparaître pendant la période d'état de la fièvre typhoïde. Hanot cite l'exemple d'un malade qui, au milieu de sa maladie, réclame deux montres, qu'il imagine vouloir les lui prendre, malgré qu'il n'en eût jamais aucune. Ces conceptions disparurent au bout de quelques jours et le malade sort guéri après un mois environ.

Ces idées de persécution, de damnation, de ruine, accusées par les malades se montrent totalement isolées et elles ne font que se greffer sur un état de délire généralisé. Les conceptions délirantes de cet ordre se présentent le plus souvent chez les femmes et presque toujours sous la forme lypermaniaque. En proie à des idées de persécution, les malades gardent un mutisme obstiné, jetant un regard haineux et terrifié dès qu'on s'approche de leur lit, ou bien inertes, immobiles, l'œil vague et comme absorbé dans une idée fixe, qui peut être suivi d'une tentative d'homicide contre leurs pseudo-persécuteurs. D'autres au contraire, s'accusant obstinément de crimes imaginaires, tentent de mettre fin à leurs jours. Le suicide n'est pas rare dans le cours de la dothiénentérie, même dans les formes les plus légères, sans délire apparent. Les conceptions délirantes sont très variées et à peu près toujours on retrouve la crainte d'être empoisonné par les malades voisins ; ainsi, une

malade, rapporte Barié (1), accusait une de ses compagnes d'avoir jeté « des saletés » dans son lit pour la faire mourir ; une autre dénonçait la fille de salle pour avoir ajouté du poison à sa tisane ; une autre à laquelle l'on était parvenu à faire avaler quelques gorgées de liquide par surprise, les crachait avec fureur en disant que cela sentait le soufre et qu'on voulait l'empoisonner.

« Les hallucinations de l'ouïe sont très fréquentes ; c'est derrière la porte ou derrière une cloison que les malades entendent distinctement la voix de leurs parents ou de leurs voisins ; on prononce leur nom, associé au nom de mort, on ricane, on chuchote, ou bien l'on dit encore : « C'est demain que l'on empoisonnera ». (Barié).

Mais ce qui caractérise plus particulièrement ce délire, c'est qu'il guérit toujours, que sa durée n'est pas plus longue qu'un mois et que les troubles cérébraux, qui sont si alarmants au commencement, se passent sans laisser aucune trace. Il y a par conséquent une grande différence entre ce délire de persécution, qui accompagne la fièvre typhoïde et l'autre délire de persécution apyrétique, chronique d'emblée et qui aboutit toujours à la démence. « Au cours du délire de la fièvre typhoïde, dit M. Ballet, on peut voir apparaître des vagues idées de persécution, se greffant sur un fond de délire généralisé et ne rappelant que de très loin le délire partiel ou

1. Barié. *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*. 28 février 1890.

systématisé ». Cependant quand ce délire de persécution se manifeste tout à fait au début de la maladie ou même quelque temps avant que les signes classiques apparaissent, alors le diagnostic avec la manie aiguë et avec le délire aigu essentiel est un peu plus difficile.

Délire de la convalescence. — Ce délire peut être primitif, il naît de toutes pièces à la fin de la maladie, alors que le malade commence à s'alimenter et quand ses forces commencent à se développer. Ajoutons que ce délire peut paraître qu'il fut ou non précédé de troubles mentaux, il peut être même la continuation d'un délire de la période d'état et alors il indique une transformation profonde de la constitution cérébrale. Ce délire n'affecte pas un type uniforme, toutes les modalités des troubles psychiques peuvent se rencontrer. Il peut emprunter une forme légère, fugace ou une forme chronique, mélancolique, hypochondriaque ou une forme de délire mystique, lypémaniaque. Chez d'autres le désordre intellectuel se borne à une idée fixe et qui présente les caractères d'une véritable monomanie ; ainsi Baillarger (1) rapporte le cas d'un médecin qui se croyait pendant plusieurs mois en possession d'une maison de campagne et d'un cheval blanc. Louis (2) raconte l'histoire d'une jeune fille, avancée dans la convalescence, d'une grande sensibilité, qui avait eu beaucoup de

1. Baillarger. *Annales médico-psychologiques*, 1843.
2. Louis. *Recherches sur la fièvre typhoïde*, t. II, p. 16.

chagrins avant le début de la maladie. Elle soutint deux jours de suite que sa sœur qui habitait Saint-Germain était morte et qu'elle l'y avait vue trois jours auparavant ; et elle le soutenait avec l'accent de la plus profonde conviction, s'occupant de ses petites nièces, de leurs deuils. Ce délire eut encore cela de remarquable qu'il fut remplacé par un délire varié qui disparut après le même espace de temps.

Pour Régis, la particularité qui pourrait être la caractéristique de ce délire est une obtusion intellectuelle extrême et une abolition complète de la mémoire, et MM. Devic et Roux (1) ont publié l'histoire d'une malade qui, après avoir présenté un délire au cours de sa maladie, fut prise, l'apyrexie venue, d'accidents d'amnésie rétro-antérograde. Se souvenant parfaitement de faits anciens elle avait oublié les faits récents et ne se rappelait plus au bout de quelques minutes ni les questions qu'on lui avait posées, ni les réponses qu'elle avait faites. Il n'y a pas chez les malades de systématisations. Ils parlent de leurs hallucinations sans chercher à les comprendre ni à les interpréter. « Le malade, dit Grissinger, n'a plus de fièvre, mais il conserve encore quelques traces de son délire fébrile, ou bien en dehors de ce délire il exprime sur tel ou tel sujet des idées tout à fait dépourvues de sens, complètement perverties ; ou bien il a des hallucinations, son intelligence est faible, mais son caractère n'est pas

1. Devic et Roux. *La Provence médicale,* 1896.

profondément excité. En dehors de l'idée fixe dont nous avons parlé plus haut, le malade raisonnera parfaitement, répondra avec précision à toutes les questions, il prend intérêt à ce qui le concerne, s'occupe de ce qui l'entoure, sa physionomie est naturelle et souvent il ne conserve de sa maladie que la faiblesse, suite nécessaire d'une affection générale aussi grave et d'aussi longue durée.

Un autre caractère, qui peut être constant, c'est d'après MM. Hanot et Bucquoy, la superficialité des idées délirantes. Ce délire se meut plutôt, dans la sphère de l'intelligence que dans celle des facultés affectives, des sentiments. Les malades prononcent de temps en temps des mots sans suite, émettent des idées sans continuation, puis revient à la réalité des choses, à la logique pour retourner plus ou moins tôt à la même démence superficielle, autant que passagère. Les idées délirantes sont souvent parfaitement systématisées, mais elles ne sont pas profondes, elles ne sont pas solidement enracinées dans le cerveau du malade. A certains moments, celui-ci a l'air de douter lui-même de ce qu'il dit, il ne débite plus son histoire avec autant d'assurance. On dirait que le malade passe de la veille à un sommeil où il rêve tout haut et qu'à la moindre excitation il reprend possession de lui-même. Il produit jusqu'à un certain point l'effet de l'homme, qui raconte son rêve et qui ne sait plus au juste s'il raconte un songe ou s'il parle de choses réelles. Un tel état indique plutôt le retour progressif à l'exercice intégral d'un organe

dont le fonctionnement a été troublé plus ou moins profondément. C'est surtout quand le délire approche de la guérison que cette indécision devient encore plus apparente. Il essaie parfois d'expliquer ses idées erronées, il cherche à s'en convaincre lui-même. Quand on lui démontre la fausseté ou l'impossibilité de ce qu'il dit, il est ébranlé plus aisément dans ses convictions. Il arrive même à connaître momentanément son erreur, bientôt alors il ne fait plus allusion à son délire et tout rentre dans l'ordre. Dans la période de la convalescence, ce qui caractérise plutôt le délire c'est la confusion mentale, c'est-à-dire que dans cet état les hallucinations et les illusions sont moins fréquentes et ce qui prédomine le plus souvent c'est un état de dépression.

En résumé les troubles qu'on observe dans cette phase de la maladie et qui concernent l'intelligence, se portent sur l'attention, la perception et la mémoire. L'attention peut être abolie et alors pour que les malades comprennent ou pour qu'on en obtienne une réponse, il faut leur répéter assez souvent les questions posées. Egalement l'abolition de la perception se manifeste par ceux-ci, que les malades ne reconnaissent plus les personnes qui les entourent. Ainsi, une malade, rapporte Sauvet (1), ne reconnaissait plus son père et sa mère et les confondait avec chaque personne qui venait la voir. Enfin la perte de la mémoire peut être totale ou partielle :

1. Sauvet. *Annales médico-psychologiques*, 1845.

dans le premier cas le malade se trouve dans un état d'amnésie complète et dans un état d'obnubilation intellectuelle totale ; dans le deuxième cas elle se porte seulement sur une partie des faits.

Existe-t-il une relation entre la fièvre typhoïde et l'aliénation mentale? C'est-à-dire peut-on attribuer comme cause de la folie une fièvre typhoïde longtemps antérieure ?

Les auteurs donnent à ce propos plusieurs statistiques.

Ainsi Schlager sur 500 aliénés en cite 22 chez qui le trouble mental relève de la dothiénentérie.

Nasse, sur 2000 cas observés à l'asile de Siegbourg en note 9. Christian en a trouvé 36 sur 144 cas.

Griesinger, sur 2000 malades interrogés à ce point de vue en a rencontré 43 devenus fous aussitôt après la maladie ou quelque temps après. Parmi ces derniers, dix seulement ont pu jouir de leurs facultés un certain temps avant de tomber dans la folie. Dans une statistique que nous avons trouvée dans la thèse de Moureyre (1) et rapportée par Cluston en Angleterre, sur plus de mille aliénés admis à l'asile de Carlisle, dix seulement étaient atteints des psychoses post-infectieuses, et il répartit les différentes fièvres qui les avaient causées de la manière suivante : Scarlatine, 4 ; variole 2 ; typhus 1 ; fièvre typhoïde 1 ; fièvre intermittente 1. Morel cite encore

1. Moureyre. Thèse de Paris, 1899.

le cas d'une famille composée de huit enfants, dont chaque membre durant une épidémie contracta la fièvre typhoïde. Sur ces huit membres, quatre ont présenté consécutivement de la stupidité et quatre autres un délire plus ou moins bizarre, mélangé d'agitation et de dépression.

En ce qui concerne l'opinion que la fièvre typhoïde doit être considérée comme prédisposant à la folie, M. Raynaud (1) dit : « J'admets volontiers que, dans certains cas, quand les malades ont dans leurs antécédents héréditaires des cas d'aliénation mentale, la fièvre typhoïde peut déterminer l'éclosion de la folie; mais je ne crois guère qu'en dehors de ses conditions spéciales elle puisse conduire à cette maladie. » Par conséquent nous revenons à ce que nous avons dit plus haut, en traitant de la pathogénie en général, que pour les délires qui naissent au début et même à la période d'état l'hérédité ne joue pas un grand rôle, tandis que pour ceux qui se développent dans la période de la convalescence et surtout ceux qui se manifestent dans une période de temps plus ou moins longue de la convalescence, l'hérédité a une influence capitale. Un typhique sans prédisposition vésanique présentera pendant la maladie aiguë, simplement le délire symptomatique à son infection. Mais si le malade est héréditaire, nous savons qu'au contraire cette maladie infectieuse sera pour lui une cause d'arriver à l'aliénation mentale incurable. Nous devons,

1. Raynaud, *Gazette hebdomadaire*, 8 décembre 1876.

à ce qu'il nous semble, supposer l'influence de l'hérédité comme nécessaire dans les observations mêmes où elle n'est pas mentionnée et où une forme clinique d'aliénation mentale s'est développée, consécutivement à une maladie infectieuse aiguë.

D'une part, dit Kræplin (1), si beaucoup des manifestations de délires initiaux et accidents de la psychose fébrile émanent directement d'une infection, il n'en est pas moins vrai que la prédisposition (hérédité, tempérament nerveux) joue un rôle dans la genèse des accidents de 30-67 0/0. Les deux accidents, fièvre et infection, ne sont que les agents provocateurs du délire. D'autre part, ajoute-t-il, c'est l'asthénie survenant chez les individus prédisposés, exagérant leur côté fébrile et produisant des troubles profonds, voire irréparables de la nutrition du système nerveux, qui déterminent les psychoses de la convalescence ou psychoses asthéniques. Enfin, quant aux vésanies qui se manifestent longtemps après l'épuisement du poison typhique, il en est d'elles comme de toute psychose née sur un terrain prédisposé ; la fièvre typhoïde n'est plus en cause, elle a préparé le système nerveux. »

Quelles sont les particularités que présentent les troubles psychiques chez les aliénés qui sont atteints de fièvre typhoïde ?

Nous voulons montrer quelle sera l'évolution de l'aliénation d'une personne atteinte de dothiénenté-

1. Kræplin, cité par Glower. Thèse de Paris, 1890.

rie compliquée de délire, si cette maladie mentale antérieure reste stationnaire, si elle est modifiée par la maladie intercurrente en bien ou en mal, ou si ces deux maladies superposées s'achèvent chacune sur son propre compte.

On trouve assez souvent dans certains ouvrages, que si une maladie infectieuse, accompagnée de délire, se superpose à l'ancienne, elle en diffère par tous les caractères et qu'une fois la maladie passée, le nouveau délire disparaît de même sans que la folie fût modifiée. Mais la plupart des auteurs pensent le contraire et disent que les maladies infectieuses ont une influence notable sur la marche de l'aliénation et que assez souvent cette dernière est amendée.

Selon Esquirol, la manie et surtout la manie hystérique sont amendées par cette affection intercurrente, ensuite vient la mélancolie, les monomanies, les lypémanies, mais les affections chroniques, les démences aiguës, séniles, paralytiques sont plutôt influencées en mal. Il conseille de ne pas entraver les efforts de la nature, de les favoriser au contraire par tous les moyens que la science possède à sa disposition. Nasse a observé à l'asile de Siegbourg une épidémie grave de fièvre typhoïde et il conclut que cette maladie a une influence salutaire chez les aliénés.

Sur 23 cas, 10 se sont rétablis complètement, 5 ont présenté une amélioration durable, 2 une amélioration passagère, chez les autres l'influence de la maladie a été nulle.

Dans l'asile d'aliénés de Vienne, Vagner cite qu'une femme, atteinte de folie puerpérale, fut très améliorée par une fièvre typhoïde. Le même auteur rapporte que sur 95 cas de fièvre typhoïde 7 cas de fièvres éruptives, 3 cas de choléra, 7 cas de fièvre intermittente, 22 cas de fièvre récurrente et 11 cas d'érysipèle ont produit la guérison ou l'amélioration de l'aliénation mentale.

Les autres auteurs rapportent des statistiques plus frappantes : ainsi Bach a vu 10 cas de guérison sur 11 ; Schlager 6 sur 11 ; Tuke parle d'une femme réduite à l'état de stupidité chez laquelle se manifesta une fièvre typhoïde très grave. Dans cette période où les malades délirent ordinairement, cette femme devint tellement raisonnable qu'elle reconnaissait tout le monde et se trouvait à l'état normal, mais à mesure que la fièvre typhoïde entrait dans la période de la convalescence, l'intelligence allait en diminuant.

« Sur 22 cas, dont 7 graves, 9 de gravité moyenne et 5 légers, l'état mental de plusieurs malades, dit Campbell, a été modifié d'une manière heureuse ». M. Beaufils a vu dans la majorité des malades, la fièvre typhoïde suspendre le délire. Sur neuf malades de Marandon de Montyel, cinq ont recouvert la raison.

On a expliqué cette influence de la dothiénentérie sur la marche des maladies mentales par des phénomènes vasculaires qui contrebalanceraient les perturbations de même ordre que l'on observe dans la

folie ; il faut tenir en même temps compte de la cellule cérébrale, qui tient peut-être sous sa dépendance le trouble circulatoire lui-même. Or, qui sait si les toxines de la dothiénentérie ne pourraient pas modifier la nutrition de cette cellule nerveuse ? Depuis Hippocrate plusieurs médecins ont signalé la suspension des cris épileptiques pendant et après l'évolution d'un certain nombre de maladies infectieuses. Plus près de nous, Pierre Marie (1) croit que les toxines des maladies peuvent modifier le système nerveux central dans un sens favorable à la guérison de l'épilepsie.

En ce qui concerne la fréquence du délire dans la fièvre typhoïde, nous lisons dans la thèse de Lenepveu (2) que dans les cinq cents observations relevées par Gauthier, de Clambry, dans les ouvrages de Petit et Serres, Louis, Chomel, le délire n'est noté que 55 fois. Dans ces 55 fois il avait été tranquille, taciturne, accompagné de stupeur 32 fois, violent, loquace, 23 fois. D'après Murchisson les facultés intellectuelles sont troublées dans 67 o/o des cas.

Suivant Jacquot (3), le délire serait toujours constant mais quelquefois si léger qu'il faut une grande attention pour le découvrir. Chédervègne (4) note le délire dans presque tous les cas qu'il a observés dans l'épidémie de 1863.

1. Pierre Marie. *Semaine médicale*, 1892.
2. Lenepveu. Thèse de Paris, 1875.
3. Jacquot. *Recherches sur la fièvre typhoïde*, 1845.
4. Chédervègne. Thèse de Paris, 1864.

Pour nous, d'après les observations que nous publions et d'après ce que nous avons observé dans les hôpitaux, et surtout pendant une épidémie de fièvre typhoïde survenue à Bucharest en 1898, il n'existe pas de fièvre typhoïde qui ne soit accompagnée de délire, ne fût-ce même très léger à tel point qu'on ne l'ait même pas mentionné dans les observations. Durant cette épidémie, nous avons eu 114 malades, dans le service des maladies infectieuses, où je me trouvai comme interne. Tous ces malades ont présenté le délire ; chez les uns, par exemple, il était si minime et si court qu'il se manifestait seulement par quelques paroles incohérentes, d'autres ont présenté un délire violent et avec tous les caractères que nous avons décrits plus haut. Comme curiosité, il était un malade, un jeune garçon de 16 ans, qui, en proie à un délire, plutôt tranquille, descendit de son lit, se déshabilla seul, entra dans la baignoire, qui était installée au milieu de la salle, y resta quelques minutes, et puis retourna dans son lit et se coucha. Ce malade guérit au bout d'un mois.

Erysipèle.

Tous les auteurs qui se sont occupés de l'érysipèle notent que le délire est très fréquent dans cette maladie.

« Le délire, dit Vidal (1), est très fréquent dans

1. Vidal. *Traité de médecine Brouardel et Gilbert.*

l'érysipèle de la face. Il est la règle dans celui du cuir chevelu. Il peut, comme dit Raymond, présenter tous les degrés, depuis la simple agitation nocturne avec rêvasseries jusqu'à l'accès de fureur maniaque le plus caractérisé. »

« Parmi les phénomènes nerveux le délire tient le premier rang. Il n'est pas en rapport d'une manière absolue avec la température et du reste en dehors de l'alcoolisme et d'une complication cérébrale, il est excessivement rare d'observer du délire dans les cas où le cuir chevelu n'est pas intéressé » (Achalme) (1).

D'après ceux-ci et d'après nos observations personnelles dans les hôpitaux, on voit que l'érysipèle est plus fréquent à la face et au cuir chevelu et que le délire est plus fréquent aussi dans ces endroits-là. Dans une statistique de M. Roger (2) 597 cas d'érysipèle, d'après leurs sièges, se répartissent ainsi :

Face.	469
Face et cuir chevelu. . . .	96
Membres inférieurs	19
Membres inférieurs. . . .	9
Tronc	4

« Il est incontestable, dit M. Roger, que les érysipèles qui envahissent le cuir chevelu déterminent plus souvent le délire que les autres. Il ne faudrait pas pourtant exagérer ce fait, une fois, par exemple, le délire cessa justement au moment de l'érysipèle, envahit le cuir chevelu. »

1. Achalme. Thèse de Paris, 1893.
2. *Archives de médecine*, 1855-1896.

Sur ces 597 cas, 570 ont guéri, parmi lesquels 48 ont eu du délire, ce qui fait une proportion de 8,4 o/o.

Sur 9 observations rapportées par M. Beigbeder (1), dans 8 le cuir chevelu était atteint, sauf un seul où le délire apparut dans un cas d'érysipèle de la jambe compliquant un ulcère variqueux. De même sur 288 observations recueillies par M. Beigbeder dans le service de M. le professeur Chantemesse, on voit que seulement 20 cas ont été compliqués de délire.

D'après M. Roger, le délire est aussi fréquent chez les hommes que chez les femmes. En ce qui concerne l'âge chez l'homme il se rencontre à peu près toujours entre 30 et 50 ans, et dans une statistique de 24 hommes, rapportée par M. Roger, on voit que 3 avaient moins de 20 ans, 7 entre 20 et 30 ans, le reste après 50 ans ; un seul malade avait 72 ans. Chez la femme il se rencontre entre 20 et 30 ans, et dans la même statistique de 24 femmes, 3 avaient moins de 20 ans, 14 entre 20 et 30 ans et le reste après 30 ans jusqu'à 64 ans.

Dans cette statistique, nous avons vu que le délire est plus fréquent chez l'homme après 30 ans et chez la femme jusqu'à 30 ans et cela pour deux causes : 1° Que l'alcoolisme est beaucoup plus marqué chez l'homme et que son influence se fait sentir toujours après 30 ans ; 2° chez la femme ce sont les prédispo-

1. Beigbeder. *Thèse de Paris*, 1898.

sitions nerveuses qui sont plus manifestes à cet âge-là.

La période d'apparition du délire est variable.

Ainsi sur 48 malades de M. Roger :

31 fois il est apparu dans la période d'état ;

9 fois il est apparu au début ;

6 fois il est apparu à la fin de la maladie ;

2 fois il est apparu à l'occasion d'une rechute ;

Dans la thèse de M. Crochet (1) sur 24 malades qui ont eu le délire, nous voyons que :

Dans 14 cas le délire est apparu dans la période d'état ;

Dans 7 cas le délire est apparu au début ;

Dans 3 cas le délire est apparu à la fin de la maladie.

Il n'existe pas un rapport bien fixe entre l'apparition du délire et la température, cependant dans la statistique de M. Roger nous remarquons que sur 48 malades :

15 fois la température était de 40°.
13 fois elle était entre 39° et 40°.
9 fois la température était de 39°.
11 » 37°.

et dans la statistique de M. Beigbeder, sur 15 malades, hommes et femmes :

8 fois la température était entre 39° et 40°.
5 » » » 38° et 30°.
2 fois seulement la température était de 37°.

1. Crochet. Thèse de Paris, 1895.

Par conséquent nous remarquons que la majorité des malades ont présenté du délire quand la température était plus élevée et peu de cas apyrétiques ont été compliqués de délire et ce nouveau fait vient de soutenir ce que nous avons dit avant, que nous considérons la fièvre comme une cause bien adjuvante dans l'apparition du délire et son prolongement.

Dans la plus grande majorité des cas le délire est calme, tranquille, passager, manifesté par une simple divagation le soir, d'une durée très courte, une nuit ou deux, et rarement il possède un caractère violent et plutôt chez les prédisposés, ainsi que le rapporte M. Roger qui cite un cas de goitre exophtalmique où, bien que la température ne dépassait pas 39°, la malade eut une telle agitation qu'elle fut isolée dans une chambre.

Les hallucinations sont très fréquentes. Ainsi en lisant les observations rapportées par M. Beigbeder, ici c'est une vieille femme, avec un érysipèle à la jambe, qui s'inquiète de ses petits enfants, elle les appelle, les prévient d'un danger qui les menace ; là c'est un conducteur de tramway qui appelle les numéros d'ordre : « Plus de place à l'impériale, en bas seulement. » On observe aussi le délire des grandeurs et le délire mélancolique qui, d'après M. Chantemesse sont les plus fréquemment rencontrés. D'habitude le délire est fugace, de courte durée, le plus souvent il ne dure que deux ou trois jours. Dans la statistique de M. Roger nous voyons que :

1 fois il a duré		10 jours.	
2	—	6	—
3	—	5	—
5	—	4	—
9	—	3	—
16	—	2 nuits ou deux jours.	
17	—	1 nuit ou 1 jour.	

En résumé nous pouvons considérer que l'érysipèle est la seconde maladie, après la fièvre typhoïde, où le délire soit très fréquent ; que c'est un délire tranquille, éphémère et qui guérit sans laisser aucune trace ; qu'il est aussi fréquent chez les deux sexes et que dans la majorité des cas il est concomitant avec une température élevée.

Le délire dans l'érysipèle a été mis sur le compte de la congestion ou de l'anémie cérébrale, de l'hyperthermie, ou de la suppression brusque d'habitudes alcooliques antérieures. Il est probable que chacune de ces causes s'applique à un certain nombre des cas particuliers, et il semble bien que l'alcoolisme prédispose d'une manière toute spéciale à la production du délire.

Impaludisme.

Les différents accès fébriles intermittents s'accompagnent, dans beaucoup de cas, même dans ceux qui sont légers, de délire. Ce délire est très variable comme intensité.

Quand il commence à la première période des

frissons, il est assez souvent très peu marqué, tout se bornant à quelques paroles incohérentes, à quelques cris poussés par les malades qui ont une connaissance parfaite de tout ce qui se passe devant eux et répondent avec précision à toutes les questions qu'on leur pose.

A la période de chaleur, à ces troubles nerveux, passagers et bénins, succède un délire franc, bruyant, les hallucinations sont plus nombreuses, les malades prononcent continuellement des paroles, crient. Cet état peut se reproduire avec chaque période de chaleur.

Dans l'accès pernicieux, le délire se manifeste à peu près toujours avec une grande intensité, pas toujours d'emblée, mais précédé de plusieurs accès fébriles. « Il est annoncé par une excitation générale et par des maux de tête, dont l'intensité va en croissant. Puis ce sont des cris de souffrance, des paroles sans suite, des gestes et des tentatives pour sortir du lit, enfin le délire éclate. Le malade ne reconnaît plus les gens qui l'entourent et ses conceptions délirantes se succèdent avec rapidité. Il passe sans transition appréciable d'une idée à une autre, paraît incapable de fixer un instant son attention sur l'une d'elles et présente les symptômes de l'excitation maniaque. L'agitation est alors extrême, la face est rouge, brûlante, ruisselante de sueur, les pupilles sont dilatées, les artères battent avec force et intensité, et ces phénomènes augmentent jusqu'à ce que le coma ou des convulsions surviennent. Un collapsus subit ou

la mort peuvent terminer la scène » (Griesinger).

Quelquefois le délire pernicieux se manifeste tout d'un coup, sans aucun symptôme prémonitoire, pendant la nuit. Dans ce cas il est très violent et les malades sont entraînés aux actes les plus graves. Dans les fièvres intermittentes larvées le délire éclate toujours dans les stades de frissons, de chaleur, symptômes qu'on observe assez souvent comme dans les affections périodiques. Comme exemple de cette forme de délire nous citons le suivant : « Un paysan robuste âgé de 30 ans, qui n'avait jamais eu de fièvre intermittente, mais qui habitait un des nombreux foyers d'endémie qui environnent Siegbourg, fut pris tout à coup de manie ; il croyait être le Christ et prenait pour des sorciers toutes les personnes qui l'entouraient. Il avait la tête chaude, les yeux rouges, hagards, la langue blanche, l'épigastre gonflé, le pouls un peu précipité, mais sans fièvre, les pieds froids. Les applications de glace et les ventouses le calmèrent un peu et pendant les deux jours suivants le malade parut avoir recouvré la raison. Le quatrième jour, exactement à la même heure, la même série d'accidents se reproduisit. Il survint encore un troisième accès, à type quarte également, mais plus faible que les deux premiers, il dura moins longtemps et fut suivi de sueurs. Tous ces symptômes disparurent sous l'influence de quinine. Malgré l'emploi prolongé de quinquina, il revint au bout de cinq semaines un quatrième accès de folie périodique, puis un cinquième accès, qui guérirent enfin

d'une manière définitive par l'emploi de quinquina et de sulfate de quinine (Griesinger).

Le délire dans l'impaludisme peut s'observer : 1o dans la période aiguë de la maladie, 2° dans la convalescence, 3o dans la période ultime.

La fièvre intermittente d'origine paludéenne présente toujours, dans son évolution la plus simple, deux phases bien distinctes. La première, période d'état, est caractérisée par des accès fébriles, bénins ou pernicieux selon les cas et se reproduisant à des intervalles réguliers ; à la seconde, période de déclin, les accès perdent peu à peu de leur intensité, puis de leur régularité, pour disparaître enfin complètement. Dans toutes les deux le délire peut se montrer, mais tandis que dans la première il revêt plus volontiers les caractères bruyants du délire des pyrexies, dans la seconde il est plus calme, s'établit plus lentement et présente de la tendance à la chronicité. En dehors de ces deux cas, on voit parfois des troubles intellectuels variés survenir chez des vieux paludéens, arrivés à la période où la maladie n'existe plus qu'à l'état latent et chez lesquels les accidents fébriles sont en général remplacés par des accidents nerveux.

Dans la convalescence le délire apparaît au moment où l'accès semble finir. Il est d'une durée plus longue que celui de la période fébrile et peut durer de quelques jours à quelques mois ; il peut présenter tous les degrés depuis la stupeur jusqu'à la confusion mentale aiguë avec hallucinations. Quand ce délire

est subaigu, il a beaucoup d'analogie avec le délire alcoolique subaigu. Dans cette forme les hallucinations de la vue et de l'ouïe sont très fréquentes ; elles consistent en vision d'animaux, de voleurs, de batailles, de fantômes. Ainsi une malade citée par M. Régis voyait en face de son lit des lutteurs, de vilaines figures d'hommes et de femmes, elle entendait le bruit du canon qu'elle croyait tiré de Saint-Médard.

Le délire aigu n'est que l'exagération du précédent ; dans cette forme les malades ou se trouvent dans une situation dépressive, ou sont agités, ou ont des idées hypocondriaques, des idées de persécution, tendances de suicide, hallucinations confuses, agitation continue.

Le délire suraigu constitue la fièvre pernicieuse comateuse, avec un état dépressif, dans laquelle les malades ne reconnaissent plus rien de ce qui les entoure ; ils ont tendance au suicide et après guérison ils restent avec une intelligence obtuse, une sorte d'amnésie et d'hébétude ou dans un état de continuelle agitation, souvent avec convulsions.

Ces trois formes de délire de la convalescence peuvent être observées sur un même malade ; elles ne forment pas des entités, mais elles sont les différentes formes du même délire ; ainsi un délire qui s'annonçait comme subaigu peut devenir aigu et finir par un accès pernicieux comateux suraigu. Quand le délire se montre au début de la maladie, il peut être confondu avec le délire initial de la fièvre

typhoïde, de la méningite, du rhumatisme cérébral. Avec le délire de la dothiénentérie le diagnostic est facile, celui-ci étant plus long d'un ou deux jours, l'agitation est de plus longue durée, tandis que dans l'accès pernicieux le délire dure autant que l'accès, qui est court et violent. Avec le rhumatisme cérébral le diagnostic est plus difficile surtout au début de la maladie.

Le délire, ou plutôt les troubles psychiques éloignés, ont été signalés très rarement. MM. Lemoine et Chaumier(1) publient sept observations de malades qui ont eu des fièvres intermittentes dans leur jeunesse et concluent ainsi : « La folie de ces malades est chronique et n'a aucune tendance à la guérison. C'est qu'elle n'est plus comme celle de l'état aigu ou de la convalescence le résultat d'une cause passagère, mais bien la conséquence d'une longue intoxication et d'altérations profondes qui pendant des années se sont développées dans leurs centres nerveux. »

Berthier (2), qui observait à Bourg dans un milieu de fièvre intermittente, n'en a réuni que 8 cas en trois ans. A l'asile de Bron, MM. Lemoine et Chaumier, sur 1.400 malades, n'ont trouvé que 7 cas de folie consécutive à la fièvre intermittente.

1. Lemoine et Chaumier. *Ann. médico-psychologiques*, mars 1887.

2. Berthier. *Ann. médico-psychologiques*, 1861.

Grippe.

Dans cette maladie et pendant la période du début le délire est ordinairement bénin et ne dure guère; l'agitation est intense, les hallucinations sont prononcées, elles sont terrifiantes et surtout visuelles A cette agitation succède parfois une sorte d'obnubilation de l'intelligence, un sorte d'embrouillement intellectuel, semblable à celui qu'on rencontre dans certains cas de ramollissement cérébral. Le délire peut apparaître le premier et annoncer l'invasion de la maladie. Cette obnubilation est passagère, elle disparaît plus vite que celle que l'on observe dans la fièvre typhoïde.

La grippe à la période d'état peut se compliquer d'un délire calme, avec un peu de trouble intellectuel ; cependant cette maladie à la période d'état peut être le point de départ d'un délire qui présente tous les caractères d'un délire vésanique. Pendant la période de la convalescence ou plus ou moins longtemps après que tout était rentré dans l'ordre, le délire, quand il se présente, a un caractère plus durable, il est plus persistant. Dans les observations que cite M. Leledy (1) dans sa thèse, il est dit : « Que les conditions n'étant pas les mêmes pour tous, quelques-uns n'étaient pas des novices de l'aliéna-

1. Leledy. Thèse de Paris, 1891.

tion, ils avaient été atteints, pendant un temps plus ou moins long d'une psychose qui avait nécessité leur internement. Le plus grand nombre pour n'avoir pas jusqu'alors présenté du délire étaient cependant les victimes d'une tare héréditaire, ils avaient côtoyé la folie jusqu'à ce qu'une occasion favorable les y fît verser tout à fait. » Et M. Joffroy (1) rapporte le cas d'un malade qui présenta un délire grave avec agitation maniaque consécutif à l'influenza. Ce délire dura deux semaines et se termina rapidement par la guérison. Il s'agit d'un homme de trente-quatre ans qui, à la suite d'une attaque d'influenza très grave, fut pris d'un délire intense avec agitation maniaque, analogue à ce qui s'observe assez fréquemment dans certaines formes graves de la fièvre typhoïde. Il y avait une perte absolue de la mémoire. Par moments le malade était plongé dans un mutisme absolu. Souvent il sortait de son lit pour agir lui-même. Ces troubles, à l'inverse de ce qui s'observe dans la fièvre typhoïde, furent pendant plus d'une semaine presque aussi accusés pendant le jour que pendant la nuit. Ils durèrent deux semaines et peu à peu, en quelques jours, la mémoire revint et avec elle l'intelligence dans son intégrité.

« J'avais été frappé, dit M. Joffroy, à la Société médicale des hôpitaux (2), de la ressemblance de ce délire avec le délire typhique et je supposais que

1. Joffroy. *Mercredi médical,* 1900.
2. Séance du 28 mars 1890.

cette ressemblance persisterait jusqu'au bout. Eh bien ! il n'en fut rien. La fièvre disparut vers le huitième jour de la maladie et avec elle le délire. Peu à peu, en quelques jours la mémoire et en même temps l'intelligence revint dans toute son intégrité à ce point que trois semaines après cette grave maladie le malade put reprendre toutes ses occupations habituelles, sans conserver aucun vestige notable des troubles mentaux si graves que je vous ai signalés. Il y a là une différence d'autant plus frappante, comparativement à ce qui se passe après la fièvre typhoïde, que ce délire présentait une plus grande analogie avec le délire typhique. »

« La conclusion qui découle de ce fait, c'est que dans les maladies infectieuses le délire n'est pas simplement dû à la fièvre et que l'agent morbide qui détermine la maladie infectieuse joue le rôle principal dans sa production. Et, si dans la fièvre typhoïde le délire laisse facilement après lui des désordres psychiques qui ne disparaissent que lentement, c'est que l'intoxication est plus profonde. Et, si dans l'influenza, comme du reste dans d'autres maladies infectieuses, le délire disparaît sans laisser des traces, c'est que l'intoxication des éléments nerveux est moins accusée et que les lésions ne sont nullement persistantes. Le délire paraît donc dépendre moins dans ce cas de la fièvre elle-même que de la nature de la fièvre ».

D'après ce que nous avons vu plus haut, dans le délire de la convalescence deux cas peuvent se présen-

ter : on a vu disparaître les accidents, la température est tout à fait tombée, l'organisme semble réparer ses forces quand tout à coup survient le délire avec ses caractères, ou bien on remarque, malgré la disparition de l'état fébrile, de l'apathie, une tristesse invincible, un besoin d'isolement inexplicable, la nutrition se fait mal, devient de plus en plus languissante et bientôt la psychose se confirme.

Scarlatine.

On observe dans la scarlatine toutes les formes de délire que nous avons vues dans la fièvre typhoïde ; chez l'un c'est un délire violent, dans lequel le désordre des actes répond à celui des idées ; chez d'autres un délire plus doux, une sorte de carphologie et d'agitation continuelle, mais pas d'actes.

« Ils se montrent (les accidents nerveux), dit Trousseau (1), dès le premier jour, ils consistent en du délire. Je parle ici de ce qui se passe dans la scarlatine grave, car dans la scarlatine bénigne cet accident ne se produit que chez les malades dont la sensibilité nerveuse est exceptionnelle. Dans la scarlatine grave le délire manque donc rarement et lorsque la maladie est sérieuse il est au moins aussi prononcé que dans la fièvre typhoïde la plus intense ; il

---

1. Trousseau. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, t. I.

se déclare dès l'apparition de l'éruption exanthématique et persiste souvent jusqu'à la période de desquamation ou pour mieux dire jusqu'au moment où la fièvre tombe. »

Nous trouvons le délire dans toutes les périodes de la maladie, dans la période d'incubation, dans celle d'éruption ou période d'état et dans la période de la convalescence. Dans la première période le délire peut être même très violent, ce qui annonce une scarlatine très grave, et les troubles mentaux tellement intenses, qu'ils nécessitent l'envoi des malades dans un asile ; mais immédiatement que l'éruption apparaît ces accidents peuvent cesser complètement. Dans la période d'état, le délire est à peu près de règle dans les scarlatines graves alors que les malades arrivent à l'hôpital avec une éruption très marquée, accompagnée de plaques hémorragiques, avec une température élevée de 40° et avec une angine considérable. Quand ce délire est brusque il ne dure que quelques heures et les malades succombent. C'est une sorte de confusion mentale symptomatique suraiguë et qui rappelle le délire aigu idiopathique. Ce symptôme confusion mentale symptomatique n'est autre chose qu'un délire infectieux avec hallucinations variables et tous les cas qui ont été décrits jusqu'à présent sous le nom de manie ou de lypémanie dans la scarlatine ne sont que de la confusion mentale primitive. A part ces troubles mentaux, il existe une sorte de confusion mentale avec hallucinations sensorielles qui rappelle le délire

de rêve ou délire onirique qui se produit plutôt à l'état de veille et qui a une durée éphémère. Cette forme de délire est très fréquente.

Dans la période de la convalescence on observe tantôt la confusion mentale de la période d'état, tantôt un délire mystique ou un délire ambitieux. Le délire, dans cette période, est moins prolongé que dans les autres maladies infectieuses. Chez d'autres, à la suite de la scarlatine, les troubles psychiques se présentent sous la forme de démence incurable, ils restent aliénés et sont assez souvent envoyés à l'asile. La scarlatine est la maladie, d'après Moureyre (1), qui cause le plus grand nombre d'aliénés, par rapport aux maladies infectieuses et cela parce que le poison scarlatin agit plus fortement sur le cerveau que les autres poisons scarlatineux.

Variole.

Dans cette maladie le trouble nerveux qui nous occupe s'observe assez souvent. Il peut se présenter sous trois formes :

1° Sous la forme d'un délire calme, qui est caractérisé surtout par un simple marmottement, se développant le soir et la nuit. Ce délire a un pronostic bénin ;

2° Le délire pendant la période d'invasion est carac-

1. Moureyre. Thèse de Paris, 1899.

térisé par des hallucinations de la vue, de l'ouïe et par des tremblements ; son pronostic dépend des lésions organiques antérieures. Il peut être lié alors soit à l'hyperthermie, soit à l'alcoolisme et est d'autant plus grave que l'organisme est plus imprégné d'alcool, ou il survient chez les individus qui ont une tare héréditaire ou acquise.

Dans une épidémie de variole, pendant que nous étions interne dans le service des maladies contagieuses de Bucharest, nous avons observé, sur cinquante malades, le délire apparaître dans plus de la moitié des cas. On peut conclure que dans cette épidémie, comme dans toutes les autres en général, les microbes ayant une plus grande puissance, une plus grande virulence, ont contribué avec plus de force à l'imprégnation de l'organisme de leurs toxines et au développement du délire. De même, MM. Colin et Briquet insistent sur sa fréquence et sa gravité pendant une épidémie de 1870-1871 ;

3° Il peut se présenter aussi sous la forme d'un délire violent : les malades ont une grande agitation, de l'excitation dans les paroles et les actes. D'autres fois les varioleux sont assez fréquemment en proie aux idées de suicide, et ils mettent leur projet à exécution, suivant le procédé le plus ordinaire, en se jetant par la fenêtre. Chez d'autres, le délire revêt les formes les plus bizarres : ainsi M. Colin rapporte l'histoire d'un garde-républicain qui, atteint d'un simple varioloïd, était convaincu qu'il n'avait pas de langue et se renfermait dans un mutisme absolu.

Dans la période d'éruption la persistance du délire peut être considérée comme un fait grave. Dans cette période, le délire est très violent, soit qu'il est la continuation de celui qui a été observé à la période d'invasion, soit qu'il a éclaté en même temps que l'exanthème. Dans la période de la suppuration le délire peut reparaître et dans ce cas son intensité est en rapport avec la température.

La variole est la fièvre éruptive qui se complique le plus souvent de folie. Les divers psychoses peuvent se montrer dans toutes les phases de la maladie. Quand ils apparaissent dans le stade initial, dans la période fébrile leur évolution dépend de la variabilité de l'ascension thermique. Ils durent en moyenne à peu près une semaine et sont très fréquents dans les varioles graves, confluentes.

Pneumonie.

Le délire, dans cette maladie, n'est pas moins rare que dans les autres infections, et on peut l'observer dans toutes les phases ; au commencement, à la période d'état et à la période de la convalescence.

Sur 290 malades de Grisolle, 27 ont présenté cet accident cérébral, c'est-à-dire un onzième environ. Briquet l'a signalé sur un septième des malades. Il est plus fréquent chez l'homme que chez la femme.

Le délire peut apparaître tout à fait au début de la maladie ; ainsi Grisolle rapporte des cas où il a

éclaté trois jours avant que les symptômes se montrassent pour la première fois du côté de la poitrine. Sur quinze malades d'Andral qui eurent le délire, deux seulement en furent atteints au premier degré de la maladie et un seul le premier jour.

Il a été observé par Louis, deux fois au début, deux fois le second jour, seize fois du cinquième au quinzième jour. Mais le plus souvent il apparaît dans la période de la maladie et ce n'est que chez les vieillards qu'il apparait souvent dès le commencement.

En général, c'est un délire calme, doux, se bornant assez souvent à une simple divagation le soir et pendant la nuit. Parfois au contraire on remarque, et surtout chez les alcooliques, une agitation plus grande ; les malades se trouvent dans un mouvement continu, ils parlent sans cesse, et ils voient des êtres imaginaires.

La localisation de la pneumonie au sommet ou à la base ne peut pas être considérée comme une cause de la fréquence du délire, parce qu'on l'a vu éclater aussi bien dans les pneumonies du sommet que dans celles de la base. Bouillaud soutient que la pneumonie du sommet est plus fréquemment compliquée de délire que celles de la base ou du tiers moyen ; au contraire, sur vingt-sept malades délirants de Grisolle neuf ont eu une pneumonie du sommet. Chez les autres la maladie était limitée à la base ou au milieu, et sur quinze malades d'Andral huit ont présenté une pneumonie du sommet ; par conséquent il n'est pas établi s'il existe liaison entre la

fréquence du délire et la localisation de la maladie.

Une des causes les plus fréquentes dans la production du délire est l'alcoolisme. Sur douze malades de Briquet, chez un tiers on a constaté des habitudes alcooliques.

Une caractéristique du délire de la période d'état est son rapport avec la température ; il est d'autant plus violent et a d'autant plus de chance à se produire que la température est plus élevée.

Quant au délire de la convalescence, c'est un délire d'un pronostic bénin, durant un temps plus ou moins long, de quelques jours à quelques mois, mais finissant toujours par guérir sans laisser de traces, comme d'ailleurs dans toutes les psychoses post-fébriles.

M. Raymond (1) rapporte l'observation d'un malade :

Le nommé C..., garçon de salle, âgé de vingt ans, qui entre à l'hôpital en pleine voie de convalescence. Le lendemain, le malade, après élévation de température, commence à délirer pendant quatre jours. Le malade présente des hallucinations de la vue, de l'ouïe, du goût et des mouvements, et l'auteur conclut que le nom de manie qui a été donné à cet état n'est pas bien placé dans ce cas car la manie évolue lentement, elle dure des années, c'est un véritable délire chronique, et range cet état dans la confusion mentale.

1. Raymond, *Semaine médicale*, 1893.

Nous avons vu que dans la majorité des cas, le délire survenu à la période de la convalescence guérit. M. Coronado (1), dans sa thèse inaugurale, montre qu'il y a une autre forme de délire de la pneumonie, qui se différencie des autres par le fait qu'il a une issue fatale, qu'il ne guérit jamais. Cette folie pneumonique mortelle dénommée ainsi par M. Coronado est soutenue par deux observations. Chez ces deux malades, le délire est survenu à la période de la convalescence, et ils sont morts l'un après deux jours et l'autre au bout d'une semaine, et ni l'un ni l'autre n'ont présenté de troubles hallucinatoires bien caractérisés ; dans tous les deux la conscience a persisté un peu et parfois le raisonnement était juste, mais il y avait incohérence dans les idées et un trouble profond de la notion des choses.

Enfin, M. Fontaine (2) décrit une autre forme de délire qui apparaît après quelques jours de la maladie, dénommé par l'auteur délire tardif. Dans les trois observations qu'il apporte le délire a apparu le cinquième ou le sixiène jour. Il n'est pas mieux de dire que c'est un délire de la période d'état qui survient au cours de la maladie, alors que celle-ci est en plein développement, quand la température est plus élevée comme cela s'observe dans toutes les maladies infectieuses ?

C'est notre avis.

---

1. Coronado. Thèse de Paris, 1896.
2. Fontaine. Thèse de Paris, 1899.

Rhumatisme articulaire aigu.

Le délire dans cette maladie peut paraître à différentes phases : 1° il peut survenir alors que les malades semblent entrer en convalescence ; 2° dans la période d'état ; 3° dans le cas où le délire correspond avec une recrudescence de la maladie.

Dans tous ces cas on observe une disparition des douleurs articulaires précédant l'éclosion du délire.

En général, il est violent, et on a publié des observations des malades qui ont succombé environ un quart d'heure après le commencement du délire.

La durée varie de quelques minutes à quelques jours, mais en terme moyen, elle dure deux à quatre jours.

La forme lente apparaît le plus souvent à une époque tardive, au déclin de la maladie ou pendant sa convalescence. Quand il est violent on peut observer des hallucinations de la vue et de l'ouïe, des terreurs, l'idée de mort menaçante ou réalisée et mille persécutions variées en rapport avec l'âge, la situation, les conditions des individus.

Quant à la relation qui existe entre le rhumatisme et la folie, Kræplin rapporte que sur 190 cas le sexe masculin est le plus atteint, et c'est au-dessus de trente ans que la maladie fait le plus de ravages.

Christian cite le cas d'un ouvrier, qui fut pris d'un accès de manie, avec hallucinations effrayantes et qui est mort subitement en plein délire maniaque.

Rougeole.

Dans la rougeole normale, et seulement dans la période d'invasion, sauf un état nerveux spécial du malade ou une faute grave d'hygiène alimentaire, on voit rarement apparaître le délire ou, quand il se développe, il est fugace et sans gravité. La forme ataxo-adynamique débute toujours par des phénomènes de prostration, d'agitation et de délire.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Rapportée par Maranton de Montyel.

Annales Médico-Psychologiques, 1883.

Fièvre thyphoïde. — Délire initial.

Une femme ayant dépassé la trentaine, domestique depuis de longues années dans un pensionnat d'Ursulines et appartenant à une famille d'aliénés, avait toujours eu une conduite régulière et une santé excellente, quand tout à coup, après avoir accusé, pendant un jour ou deux, des malaises avec maux de tête, devient loquace, désordonnée dans ses actes et surexcitée.

Elle allait et venait sans cesse, faisait de longues courses sans but. Cet état dura quelques jours, puis se manifesta un goût prononcé pour les liqueurs fortes, une vraie dipsomanie. On se décida alors à l'isolement. Au moment de son entrée, cette malade était en proie à une grande surexcitation, elle présentait tous les symptômes d'une manie aiguë.

Tel fut, en effet, le diagnostic que je portai, en me basant tant sur les manifestations délirantes que sur les antécédents héréditaires. J'avoue, à ma grande confusion, que je persistai entièrement dans mon erreur ; durant deux jours je crus à la folie tout comme le médecin particulier de la malade, assurant à la famille que c'était là une des formes les plus curables de l'aliénation et que, sans garantir l'avenir, j'espérais la guérison de la crise actuelle.

Le troisième jour, je fus frappé de l'altération des traits ; cette femme n'avait plus le facies épanoui et animé d'une maniaque. L'agitation ne permettait guère de prendre la température, mais au toucher la peau était sèche et brûlante. Je ne soupçonnais pas encore la fièvre typhoïde, j'eus peur d'un délire aigu que justifiaient la marche de la maladie, l'agitation et la fièvre ; toutefois un symptôme important manquait : le crachotement avec horreur de liquide. Je l'attendais pour le lendemain, il n'apparut pas et la malade eut de la diarrhée avec gargouillements dans la fosse iliaque droite. Cette fois le diagnostic était porté, puis confirmé peu à peu par les taches rosées lenticulaires. Cette jeune femme succomba le vingtième jour de son entrée dans l'établissement et bien que la famille se soit opposée à l'autopsie, le diagnostic ne me paraît pas douteux.

Ainsi, dans ce cas, une fièvre typhoïde éclatant chez une femme héréditaire, c'est-à-dire chez une femme douée d'une prédisposition vésanique, se manifesta par de l'agitation maniaque, avec dipsomanie, symptômes qui nous égarèrent durant une douzaine de jours.

OBSERVATION II (Résumée).

(*In* thèse de Courbet.)
(Hôpital Saint-Antoine, salle Corvisart, service de M. le Dr Raymond).

Fièvre typhoïde. — Début à forme maniaque. — Mort.

La nommée Marie E..., 21 ans, domestique, se présente à la consultation le 20 novembre 1885 ; elle est admise à cause de son grand abattement.

Arrivée dans la salle, la malade refuse de se mettre au lit et va se réfugier dans le cabinet de la surveillante.

Quoique sa sœur soit partie depuis une demi-heure, elle dit toujours entendre la voix de cette dernière et paraît très inquiète. Elle consent enfin à se mettre au lit ; vers les trois heures on lui met le thermomètre dans le vagin. Dix minutes se passent, puis subitement notre malade descend de son lit, veut quitter l'hôpital : « On m'électrise. Je suis enceinte d'un chat, d'un crapaud... Pourvu qu'il ressemble à celui de ma sœur. » Comme on veut lui faire reprendre son lit, elle s'excite, frappe les infirmières, puis continue ses divagations, revenant toujours sur le même sujet.

On est dans la nécessité de lui mettre la camisole.

On constate tous les signes de la fièvre typhoïde.

Température 40° le matin.

Samedi 21 novembre. — Toute la nuit la malade a

déliré, elle se débat, pousse des cris déchirants, les yeux sont convulsés, il y a aux narines et aux lèvres de la mousse sanguinolente. Cette attaque dure quelques minutes et est suivie d'un assoupissement, d'où la malade ne sort que pour continuer à divaguer sans excitation physique.

Température vespérale, 40°2.

Dimanche 22 novembre. — La nuit a été relativement calme. L'état est le même. Sa sœur, que l'on a priée de venir, fournit les renseignements suivants : aucune maladie antérieure, jamais d'attaques d'aucune sorte. A Paris depuis six mois. Avant sa maladie, elle a eu un délire de persécution, disant que son patron et les employés lui ont donné des narcotiques. Ce délire a duré une semaine, ce qui a engagé sa sœur à l'amener à la consultation.

Après cinq jours la malade meurt et à l'autopsie on trouve les lésions de la fièvre typhoïde, congestion cérébrale et de ménignes.

OBSERVATION III (Résumée).

(*In* thèse de Pruvost) (1).

Fièvre typhoïde. — Délire de persécution et conceptions ambitieuses.

La petite fille de Mme V... contracte au commen-

1. Pruvost. Thèse de Paris, 1884.

cement du mois de juillet de cette année une fièvre typhoïde, pour laquelle elle reste au lit environ trois semaines. L'enfant est soignée par sa mère qui ne la quitte pas un instant et qui couche la nuit dans la même chambre qu'elle.

A peine la petite fille est-elle entrée en convalescence que Mme V... est prise à son tour par la maladie et elle est obligée de garder le lit ; elle a contracté la fièvre typhoïde. Mme V... est âgée de 32 ans.

Dès le début on constate chez notre malade une loquacité anormale, elle s'inquiète de son état, elle craint d'avoir la fièvre typhoïde. Vers la fin du cinquième jour, la température s'élève à 41° ; la malade se plaint d'un mal de tète persistant ; depuis deux jours on a observé un délire partiel : Mme V... prétend avoir été empoisonnée par une personne demeurant dans la maison et qu'elle a aidé à soigner sa fille. Quand on lui demande la raison elle ne peut nous la donner ; si l'on a l'air d'émettre des doutes, elle s'irrite, elle est sûre de ce qu'elle avance ; les gendarmes sont du reste venus chercher cette personne et l'ont emmenée en voiture pour la conduire en prison.

Elle raconte encore qu'elle est riche à millions, elle vous offre très volontiers une partie de ses richesses. La malade reconnaît parfaitement toutes les personnes qui l'entourent ; elle se souvient parfaitement de tout ce qui s'est passé antérieurement à sa maladie.

Cet état se prolonge pendant dix-sept jours, la malade mange avec appétit, elle a maigri beaucoup pendant la durée de sa maladie, mais elle recouvre rapi-

dement ses forces ; elle est sujette à des maux de tête, qui vont cependant s'améliorant à mesure que les forces reviennent. L'excitation cérébrale se modère, pour disparaître complètement, dans les derniers jours du mois.

OBSERVATION IV

(Barié. *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, 1890).

Fièvre thyphoïde. — Délire de persécution initial.

Dans le commencement du mois d'octobre 1887 je fus appelé à Saint-Mandé pour voir une jeune fille, âgée de dix-sept ans, souffrante depuis quelques jours. Cette jeune personne venait de passer deux mois de vacances en Bourgogne et était rentrée seulement depuis l'avant-veille, mais déjà mal en train depuis deux jours environ ; la malade se plaignait de vives douleurs de tête et de perte totale du sommeil. En outre elle était triste et inquiète, abattue, restant parfois de longues heures sans parler, jetant sur toute sa famille qui l'entoure des regards haineux ou terrifiés. L'appétit est nul, la langue et les lèvres un peu sèches, la peau brûlante et le pouls bat 132 pulsations à la minute. Constipation. Pas de vomissements. C'est dans ces conditions que je vois la malade pour la première fois et, quoique encore indécis, je ne puis m'empêcher de penser à la possibilité

d'une méningite, probablement tuberculeuse, malgré l'absence de toute affection de cette nature dans la famille.

Le lendemain ces accidents ont pris une intensité vraiment effrayante. La malade a déliré toute la nuit, se plaignant sans cesse de mourir de soif, mais dès qu'on s'approche d'elle avec un breuvage elle se recule épouvantée et repousse avec force la tasse qu'on lui présente. Elle prétend qu'on veut la faire mourir, que son père et ses frères chuchotent à voix basse derrière la porte et mettent du poison dans le lait qu'on lui offre. Elle ne veut pas qu'on s'approche de son lit, parce qu'elle a vu qu'on voulait, dit-elle, y mettre le feu. A de certains moments elle interpelle bruyamment son père, lui reproche de vouloir la faire mourir, éclate en sanglots et le supplie de ne pas lui faire du mal.

A d'autres instants, la jeune malade garde un mutisme obstiné, mais elle suit du regard les mouvements de ceux qui l'entourent. Durant la nuit l'agitation a redoublé à un point tel qu'un médecin du voisinage a dû prescrire un lavement au chloral qui n'a procuré qu'un calme passager. D'ailleurs il est très difficile de faire prendre aucune médication; une purgation que j'avais prescrite au début a été rendue presque aussitôt et la constipation persiste; quant aux lavements, la malade est tellement rebelle que leur administration est des plus difficiles.

Deux jours se passent encore de la même façon; le sommeil est nul, l'agitation permanente et toujours la crainte d'être empoisonnée, revient sans cesse dans le délire de la malade. Elle voit le poison qu'on apprête,

elle entend dans la chambre voisine la voix de ses frères qui complotent entre eux, ou bien encore c'est son père qui prononce son nom et celui de la mort.

Dans de semblables conditions, l'inquiétude de la famille devenait chaque jour plus vive et ma perplexité restait grande. L'hypothèse d'une fièvre typhoïde s'était présentée un moment dans mon esprit, mais je ne croyais pas devoir y insister ; l'absence de diarrhée, d'épistaxis, d'éruption rubéolique et de manifestations vers l'appareil pulmonaire, me semblait devoir faire rejeter ce diagnostic que je ne pouvais pas, d'autre part, appuyer sur l'exploration de la région splénique, l'examen des urines ou l'état de la température. Je ne pus en effet à aucun moment, procéder à de semblables recherches à cause de l'agitation de la jeune malade.

Je commençais cependant à ne plus croire à l'existence d'une méningite tuberculeuse, vu l'absence du strabisme, des vomissements, du ralentissement du pouls et je me demandais s'il ne s'agissait pas, en dernière analyse, d'un cas de délire aigu, affection dont l'étiologie est encore si mal connue, mais qu'on rencontre quelquefois chez des malades à prédisposition névropathique héréditaire. Or, c'était bien le cas ici, car la mère de la malade était une hystérique, un de ses oncles était mort épileptique à vingt-cinq ans et un de ses frères avait eu la chorée qui dura pendant près d'une année. Il fut donc convenu qu'on consulterait un médecin aliéniste, d'autant que la malade devenait très difficile à surveiller et qu'il y avait peut-être péril à la garder dans le domicile commun de la famille.

Cependant nous étions arrivé au neuvième jour de cet état alarmant et, la malade ayant eu depuis la veille deux selles liquides spontanées qu'elle laissait aller sous elle, j'examinai le ventre de nouveau et pour la première fois je trouvai au niveau des attaches diaphragmatiques cinq à six taches rosées, un peu pâles, mais présentant tous les caractères de la roséole typhique. En même temps la région iliaque droite était douloureuse et donnait naissance à la pression à du gargouillement très manifeste. Dès lors le diagnostic de fièvre typhoïde fut porté et la consultation remise à quelques jours plus tard, si l'état cérébral ne s'amendait pas, car la famille restait un peu incrédule sur mon diagnostic. A partir de ce moment la dothiénentérie poursuivit son cours régulier : diarrhée, météorisme, légère congestion pulmonaire, dicrotisme du pouls. Elle évolua ainsi jusque vers le 25 octobre, époque ou l'apyrexie se montra manifestement. Mais durant toute la période fébrile, l'état délirant de la jeune malade, persista avec une ténacité incroyable, se systématisant toujours autour de cette idée que sa famille voulait se débarrasser d'elle en la faisant mourir par le poison.

Peu à peu cependant, dès que la période apyrétique se fût prolongée de quelques jours, l'état cérébral devint meilleur et la jeune malade commença à supporter peu à peu près d'elle la présence de ses parents ; elle avait encore un peu de défiance parfois, mais le calme revint graduellement dans son esprit.

La convalescence fut longue, quoique sa marche n'ait été traversée par aucune complication. Enfin dans la

première semaine de décembre la guérison fut définitive.

Depuis l'année 1887 j'ai eu l'occasion de revoir plusieurs fois la malade, son état mental est parfait. J'ai su seulement que, pendant plusieurs mois, son intelligence et surtout sa mémoire étaient restées paresseuses.

OBSERVATION V (Roger).

(Recueillie à l'hôpital Laënnec).

Fièvre typhoïde. — Folie de doute.

Il s'agit d'une jeune fille. Comme antécédents héréditaires nous relevons l'alcoolisme de son père. D'un tempérament calme et pondéré, elle est atteinte, à seize ans et demi, d'une fièvre typhoïde ; au huitième jour, tout à coup elle est prise de la crainte de ne pas aimer suffisamment ses parents. Cette idée s'implante dans son cerveau, elle prend une extension de plus en plus grande et s'accompagne de nouvelles obsessions qui persistent et s'étendent à la convalescence. Il lui devient bientôt impossible de jeter les yeux sur un journal sans s'approprier, pour ainsi dire, les faits criminels dont elle trouve le récit. S'agit-il d'un assassinat? il lui semble qu'elle est tentée d'assassiner quelqu'un et cette idée l'obsède et la poursuit jusqu'au désespoir. C'est surtout la crainte de commettre des actes de violence, qui la poursuit. Lorsqu'on se met à la

table, elle ne peut pas voir des couteaux ; il lui semble qu'elle pourrait être poussée, malgré elle, à frapper quelqu'un. Ces obsessions s'accompagnent d'autres idées, qui se rattachent plus directement au type classique de la folie de doute. Elle se demande pourquoi les autres sont exempts des impulsions dont elle souffre. Elle se préoccupe de l'origine du monde et, une fois le problème soulevé, elle y rève constamment. D'autres fois elle s'attache à des questions futiles et se demande pourquoi la fenêtre est fermée, pourquoi la porte est ouverte. Les troubles intellectuels n'ont altéré en rien l'intégrité du jugement ni la sûreté de la mémoire. Mais tout entière aux idées qui l'obsèdent, notre malade ne peut plus travailler ; elle passe son temps à tourner constamment dans son cercle d'idées.

Après trois mois de séjour à l'hôpital, une amélioration s'était produite et la malade quitta le service.

OBSERVATION VI (Résumée).

(Castagné. — *Montpellier médical*, 1891).

Fièvre typhoïde. — Délire survenant au dix-huitième jour d'une dothiénentérie, persistant pendant deux semaines, nettement systématisé. — Hallucinations de la vue et de l'ouïe. — Guérison.

La nommée Victorine B.., âgée de vingt ans, domestique, est entrée le 20 octobre 1890 à la clinique médi-

cale, dans le service de M. le professeur Grasset, où elle occupait le lit n° 2 à la salle Bichat. On ne trouve rien dans ses antécédents héréditaires. C'est sa première maladie et pas plus dans ses antécédents personnels que dans ses antécédents héréditaires ou collatéraux on ne trouve de tare névropathique ou hystérique.

Depuis une quinzaine de jours environ, la malade se sentait fatiguée, courbaturée, sans appétit, ses membres semblaient cassés et le moindre travail devenait extrêmement pénible ; cependant elle continua son service jusqu'au 19 octobre, jour où elle fut obligée de rester au lit en proie à une céphalalgie intense.

20 octobre. — Température 39° 5.

22 octobre. — Température 39°5 matin, 40° 3 soir. Le ventre est un peu ballonné, la fosse iliaque droite un peu douloureuse à la pression.

23 octobre. — Température 40° 3 matin, 40° 6 le soir. On trouve une tache rosée sur l'abdomen à droite. Le diagnostic de fièvre typhoïde est posé.

24 octobre. — La malade a des cauchemars, des vertiges.

Au dix-huitième jour, quand ont commencé les grandes oscillations de la courbe thermique et que l'on pouvait croire à la convalescence, se manifestèrent des troubles nerveux constituant un véritable délire systématisé ; notre malade, très honnête fille, se crut bien et dûment mariée et nous raconta avec mille détails toutes les péripéties de son mariage.

Le délire fut d'abord vague, le lundi 3 décembre,

jour où commença la chute de la température, elle reçut la visite de sa maîtresse et après lui avoir demandé avec beaucoup d'intérêt des nouvelles d'une petite fille qui lui était spécialement confiée, elle se mit à rire aux éclats, se félicitant d'être dans la salle du côté où personne ne meurt, « car voyez-vous, ajoutait-elle, de l'autre côté, à chaque instant il y a un mort, cette nuit on a emporté cinq ». Le chiffre était exagéré. A une demande que lui posa M^me^ P... sur la façon dont les infirmières la traitaient, elle répondit avec beaucoup de vivacité qu'elle avait à se plaindre de la négligence et du mauvais vouloir de toutes. « Ainsi j'étais invitée à dîner et à passer la soirée dans une maison, la voiture est arrivée à quatre heures, mais personne n'a voulu m'habiller et m'aider à descendre, cependant j'avais commandé une bien jolie toilette que je vous montrerai, quand je serai sortie. »

Malgré cela il était facile de faire revenir la malade à la raison, puisque le lendemain elle me raconta la visite de M^mes^ P... et R.., me remerciant de l'obligeance que j'avais de leur donner de ses nouvelles et me disant combien M. P.., un de nos plus regrettés et de nos plus sympathiques maîtres, avait été rempli de sollicitude pour elle.

Le 5 décembre, M. le professeur Grasset lui ayant dit, en arrivant près du lit : « Bonjour mademoiselle », elle se fâcha et répondit qu'elle était depuis quinze jours la femme de M. E... G.., bijoutier dans la Grande-Rue ; il est aisé de comprendre pourquoi elle appelle ainsi son mari ; domestique chez la fille d'un médecin, elle

a entendu souvent prononcer ce nom et le donne à celui qui pendant quinze jours va absorber toutes ses pensées. En effet à partir de ce jour, elle aura très rarement d'autres idées que celles se rapportant à son mari et systématisera son délire autour du mariage.

Le 6 novembre (21e jour). Température 38°2 matin, 38°6 soir. La malade refuse de prendre les bains, prétextant que son mari les lui a défendus. Ce qui contrariait le plus notre malade c'était l'absence de son mari, « car, disait-elle, je ne comprends pas pourquoi il me laisse ici, je ne puis pas encore me lever ni sortir, pour quel motif ne vient-il me voir » ? Et alors pour expliquer cet abandon inconcevable de la part d'un homme auquel elle avait voué une très grande affection, elle m'apprit le soir, à la contre-visite, qu'elle savait ce qui retenait son mari loin d'elle. Ce jour-là était justement jeudi et quelqu'un était venu la voir, lui apprenant que son mari était au lit depuis plusieurs jours ; elle me fit promettre d'aller le soigner. Il est à remarquer que personne ne lui avait parlé.

Le 9 novembre. — Je m'entretins longuement avec la malade et je lui fis observer qu'elle n'avait pas d'anneau au doigt, quoique mariée. Elle m'en donna aussitôt l'explication : son mari lui avait donné deux bagues ; mais l'une trop petite, l'autre, très jolie, allait parfaitement à son doigt, mais à deux reprises elle avait essayé de la mettre et chaque fois, chose extraordinaire, l'anneau s'était cassé. Et comme je doutais de la possibilité de son mariage, elle m'affirma avec beaucoup de vivacité que son père était venu ici, à l'hôpital, que la cérémonie civile avait eu lieu dans l'habitation de ses sœurs et la

cérémonie religieuse dans la chapelle, en présence de toutes les sœurs. « Croyez-vous que je me dirais mariée si ce n'était pas vrai ? »

Les bains sont supprimés à partir du 15.

En même temps l'état cérébral devint meilleur, la malade n'a plus d'hallucinations, elle parle moins volontiers de son mariage, elle désire vivement retourner chez ses maîtres et reprendre son ancienne existence.

Le 18 on peut considérer la maladie comme finie, elle avait duré cinq semaines.

OBSERVATION VII

(*In* thèse de Herbet).

Fièvre typhoïde. — Convalescence.

B... Marie, âgée de 20 ans, blanchisseuse, salle Saint-Roch, entrée à l'Hôtel-Dieu le 18 mai 1853.

Cette femme, malade depuis le 9 mai, offrait, à son entrée à l'hôpital, tous les signes d'une affection typhoïde bien caractérisée ; elle disait avoir eu du délire depuis plusieurs jours, mais ce symptôme ne reparut plus ; sa physionomie était naturelle, l'intelligence bonne ; le pouls seulement était fréquent et variait de 180-116, la peau était chauche et sèche, la langue sèche et lisse, les taches et les sudamina larges et abondants, diarrhée peu intense, une selle liquide par jour.

L'état de la malade était encore à peu près tel le

2 juin, c'est-à-dire au vingt-quatrième jour de sa maladie, quand elle se figura que son père et sa mère, à la nouvelle de sa maladie, étaient venus à Paris pour la voir et qu'ils étaient morts en route. Bien que convaincue de ce qu'elle disait, elle n'en paraissait pas vivement affectée, sa physionomie restait naturelle, sa raison était d'ailleurs parfaite ; en dehors de ce fait, elle causait et riait volontiers.

Ce ne fut que deux jours après qu'elle cessa de croire à la mort de ses parents en recevant, par des personnes qui étaient venues la voir, des nouvelles de sa famille. Bien que le pouls conservât encore sa fréquence, son état était bon ; le 5 juin elle fut mise à une portion et le 20 elle quitta l'hôpital en état de reprendre son travail.

OBSERVATION VIII (Résumée).

(Rapportée par M. le Dr Devic de Lyon, *Provence médicale*, 1896).

Fièvre typhoïde avec deux rechutes. — Pas de délire durant tout le premier cycle fébrile. — Début du délire à la fin de la première rechute. — Amnésie rétro-antérograde et altérations passagères de la personnalité.

Emma R..., 22 ans, entre le 11 novembre 1894 à l'Hôtel-Dieu, salle Montazet, dans le service de M. le professeur Teissier.

Dans ses antécédents héréditaires on ne trouve aucune trace de prédisposition nerveuse.

Le 7 janvier (1895) pendant sa deuxième rechute et pour la première fois depuis le commencement de sa maladie, la malade délire : elle croit être guérie, être sortie de l'hôpital, elle raconte des courses imaginaires qu'elle prétend avoir faites. C'est un délire tranquille, sans excitation ni dépression.

8 janvier. — La température est tombée à la normale ; la rechute paraît terminée. Le délire continue avec les mêmes caractères.

17 janvier. — Sa sœur est venue la voir et elle attire notre attention sur les troubles intellectuels que la convalescente continue à présenter depuis le 8 janvier.

Au point de vue intellectuel, ce qui domine c'est l'amnésie ; sa sœur nous fait spontanément remarquer qu'elle se souvient très bien encore des faits très anciens, mais qu'elle a complètement oublié les faits récents. En l'interrogeant, on se rend compte, en effet, qu'il existe une amnésie presque complète, remontant assez loin, avant le début de sa maladie. Elle ne se souvient pas de l'atelier où elle travaillait. Si on lui parle du président Carnot, elle ne se souvient pas qu'il a été assassiné, elle ne sait pas qu'elle a été malade, dit qu'elle est venue à l'hôpital pour se reposer, ne sait ni le jour de la semaine ni le quantième du mois. Elle ne se souvient pas de ce qu'elle a fait ce matin, de ce qu'elle a mangé au déjeuner, ni des personnes qui sont venues la voir. Elle ne sait pas son âge. Elle ne se souvient pas même de ce qu'elle vient de dire, il y a quelques minutes. En

un quart d'heure on lui demande trois fois quel est son âge ; elle répond une première fois 19 ans, une seconde 21, la troisième 22 ans. Interrogée à ce sujet elle ne se souvient pas qu'on lui a posé déjà plusieurs fois cette question. En résumé, perte absolue de la mémoire des faits antérieurs à sa maladie, jusqu'à une date assez éloignée, impossibilité de fixer de nouveaux faits dans la mémoire, en somme : amnésie rétro-antérograde.

Elle a parfois une certaine tendance à présenter des troubles de la personnalité ; à un certain moment elle nous dit qu'elle a été ce matin à l'école, qu'elle a étudié ; elle semble se croire encore petite fille. A un autre moment elle dit qu'elle est femme de chambre et c'est sa voisine de lit, qui occupe cette fonction et qui le lui a dit.

Il n'y a aucun symptôme d'excitation, la malade est tranquille. On note cependant une certaine loquacité. Il n'y a aucune préoccupation morale, aucune sensation pénible, la malade se sent bien, ne souffre nulle part. Son état intellectuel ne la préoccupe nullement. Lorsqu'on lui fait remarquer qu'elle a perdu la mémoire, qu'elle se trompe en s'attribuant à elle ce qui est arrivé à sa voisine, elle en convient et en rit. Elle ne s'inquiète nullement de ce qu'elle fera en sortant de l'hôpital. Ses préoccupations les plus importantes paraissent être de savoir ce qu'elle mangera ou boira à son prochain repas.

23 janvier. — La rechute est terminée ; elle a duré sept jours.

29 janvier. — L'état général est excellent, les symptômes psychiques semblent un peu moins accusés. La loquacité est moindre ; l'amnésie, moins absolue, semble s'étendre à une date moins éloignée. Le pouvoir d'enregistrer de nouveaux faits est moins radicalement aboli. La malade se souvient du jour où l'on est. Elle sait à peu près depuis combien de temps elle est à l'hôpital. Elle n'a plus de tendance à altérer sa personnalité.

3 février. — La malade sort de l'hôpital, mais l'amnésie persiste.

15 février. — La malade a été revue aujourd'hui. Toutes ses fonctions s'accomplissent normalement. Les troubles de la mémoire ont complètement disparu. En somme la guérison est absolument complète.

OBSERVATION IX

(Par M. Roger, *in* thèse de Crochet).

Erysipèle de toute la tête. — Délire. — Guérison.

C... Jean, 32 ans, infirmier. Est entré le 6 mars 1894, salle Saint-Antoine, n° 12, Hôtel-Dieu annexe.

C'est le cinquième érysipèle. Début le 4 mars à la région parotidienne droite ; gagne toute la face.

6 mars. — A l'entrée du malade dans le service, l'érysipèle est en voie de régression. Malgré cette amélioration locale les phénomènes généraux sont très marqués ;

nausées, vomissements, diarrhée, frissons. Température : 39°2. Poumons, rien ; cœur, rien ; albumine.

7 mars. — Les paupières ce matin sont plus gonflées, le malade est abattu. Température : 38°9.

8 mars. — Délire cette nuit. Partie latérale gauche du cou, rouge, douloureuse, gonflée. Température : 38°.

9 mars. — Délire persiste ce matin. Etats général et local stationnaires. Température : 39° ; pas d'albumine.

10 mars. — Langue très sèche. Délire violent, pendant la première partie de la nuit. On constate ce matin que le cuir chevelu est pris en arrière. Le gonflement du visage a diminué notablement. Température : 38°9. Pas d'albumine.

11 mars. — Diminution considérable de l'exanthème ; chémosis double ; persistance de l'érysipèle à la nuque. Délire calme. Température : 37°8.

12 mars. — L'oreille gauche seule reste prise ; les autres parties envahies sont seulement œdématiées, non douloureuses. Température : 38°2. Pas d'albumine.

13 mars. — L'exanthème a disparu, le malade a sa complète connaissance, un peu de conjonctivité double. Température : 37°8.

14 mars. — Le malade est presque guéri. Seul un peu d'œdème persiste, sur les régions occupées par l'érysipèle. Le malade a voulu partir.

OBSERVATION X

(Par M. Roger).

Erysipèle de la face. — Délire violent. — Guérison.

C... Jules, 38 ans, cocher, entre salle Saint-Bernard n° 6, le 10 avril 1894, Hôtel-Dieu annexe. Fièvre typhoïde à 15 ans. Erythème prononcé. Aucune autre maladie.

9 avril. — Le matin en se levant le malade remarque son visage gonflé, rouge, douloureux, céphalalgie ; pas de frisson, pas de fièvre.

10 avril. — Il entre dans le service. Figure gonflée. Paupières gauches très œdématiées empêchant la vue. Les deux oreilles sont envahies, les ganglions sous-maxillaires sont engorgés. Poumons et cœur, rien.

11 avril. — Délire depuis hier soir, bruyant, violent, état local stationnaire. Température : 38°9.

12 avril. — Délire professionnel très violent ; le malade veut se lever. Pas d'albumine. Température : 38°4.

13 avril. — Le délire continue, mais moins violent ; état local amélioré. Température : 36°8.

14 avril. — La nuit a été tranquille, le délire a disparu. L'exanthème a diminué considérablement, il ne reste qu'un peu d'œdème douloureux. Température : 37°8. Pas d'albumine.

15 avril. — Il n'y a plus de délire, malgré cela le

malade a des moments d'inconscience. Ce matin il a uriné au milieu de la salle, se croyant aux cabinets; il a des illusions. Température 37°. Pas d'albumine. Appétit revenu.

16 avril. — Erysipèle a disparu. Convalescence.

20 avril. — Guérison. Sortie.

OBSERVATION XI

(M. Roger).

Erysipèle de la face. — Délire. — Guérison.

B... Lucie, 30 ans, couturière, entre salle Saint-Landry n° 20 le 24 avril 1894, Hôtel-Dieu annexe. La mère de la malade a eu plusieurs érysipèles. De 13 à 19 ans, la malade a eu 20 érysipèles. Premières règles à 19 ans. Une couche à 20 ans ; à la suite, phlébite double des deux mollets, durée deux mois.

18 avril. — Frisson, fièvre, courbature. Gonflement au niveau de la paupière inférieure droite.

24 avril. — A son entrée, la malade a une plaque érysipélateuse, qui s'étend sur les deux joues, le nez et la paupière droite. Le cuir chevelu est également envahi. Poumons rien. Cœur rien. Tube digestif : langue blanche, anorexie, constipation. Beaucoup d'albumine, 1 gr. 50. Temp. 40° 1.

25 avril. — Délire depuis cette nuit. L'exanthème diminue un peu. Toujours beaucoup d'albumine. Température 38°.

26 avril. — Délire continu. Amélioration notable de l'érysipèle. Température 38°. Albumine 1 gramme.

27 avril. — L'érysipèle a presque complètement disparu. Un peu d'œdème au niveau de la face droite. Le délire n'existe plus. Température 36°2. Albumine 0 gr. 25.

28 avril. — Les parties envahies par l'érysipèle desquament. Plus d'œdème. Plus de douleurs. Plus d'albumine. Température 36°4.

3 mai. — Convalescence. Pas d'albumine.

11 mai. — Sort guéri.

OBSERVATION XII

(*In* thèse de Beigbeder).

Erysipèle de la tête.

A... Pierre, porteur aux halles, 40 ans.

Entre à l'hôpital le 3 mars 1897, service du professeur Chantemesse. Comme antécédents, du paludisme et de l'éthylisme. Début de son érysipèle le 28 février : fatigue générale, courbature, violente céphalalgie, frissons, vomissements. En même tmps apparaissent sur la face autour de deux phlyctèmes de l'œdème et de la rougeur étendue.

3 mars. — Rougeur et œdème, occupant la partie

supérieure des fosses nasales, le front, les oreilles et la partie antérieure du cuir chevelu. Engorgement des ganglions sous-maxillaires. Langue sèche et blanchâtre. Température 38°5. Pouls 84.

5 mars. — Depuis hier dans l'après-midi, le malade a eu à plusieurs reprises du délire. Il veut s'en aller, il réclame ses vêtements pour partir avec ses camarades qui l'attendent en bas, en voiture. Il se lève souvent ; on est obligé de l'attacher dans son lit. La rougeur et l'œdème n'ont pas diminué. Température 38°. On lui fait quatre piqûres de strychnine de 1 milligramme. Dans la journée le délire continue ; le malade est plus agité, il cherche à se détacher. Il parle beaucoup de son métier, de ses amis, de son travail. Il croit travailler et tirer une voiture. Son corps est couvert de sueur. Hallucinations de la vue et du goût ; il croit boire de l'absinthe en buvant du lait.

6 mars. — La nuit a été assez calme et on a pu le détacher. Cependant le délire continue. Il parle toujours de son travail ; il raconte que son voisin vient de tuer une marchande de persil. L'œdème diminue. Température 37°7, pouls, 96.

7 mars. — Délire persiste encore, mais plus calme.

8 mars. — Le délire a disparu. La desquamation commence. Température 36°6. Etat général satisfaisant.

OBSERVATION XIII

(*In* thèse de Beigbeder).

Erysipèle.

M... Victoria, fleuriste, 16 ans et demi.

Est envoyée à l'hôpital le 14 mars 1897. Pas d'antécédents héréditaires.

Elle s'est fait, il y a sept mois, une fracture de la colonne vertébrale en se jetant par la fenêtre. Est atteinte de paraplégie ; a perdu toute sa sensibilité et porte deux eschares sacrées au niveau desquelles s'est développé l'érysipèle.

15 mars. — La malade est à peu près sans connaissance, température 40°. L'érysipèle est étendu à la face postérieure de la cuisse droite. Les jambes sont dans toute leur étendue le siège d'un œdème blanc considérable. La malade répond à peine aux questions qu'on lui pose. Elle a un délire tranquille, sans agitation. Elle dit à tous « Madame », et murmure quelques paroles entrecoupées impossibles à comprendre.

16 mars. — Même état. Le délire persiste. Elle demande à ce qu'on la prenne et qu'on la jette tout d'un coup par la fenêtre, mais sans aucune agitation. Température 40°. L'érysipèle commence à prendre la jambe.

17 mars. — Température 38°,9. Le délire continue.

Il présente toujours les mêmes caractères. L'érysipèle s'étend toujours.

18 mars. — Température au-dessus de 40°. Etat toujours délirant sans agitation. La malade parle de sa mère. Elle veut se marier. Les mots fenêtres, mariage reviennent à chaque instant.

19 mars. — Grand calme. Température 38°4. Pas de délire.

20 mars. — Le délire reparaît. Il y a de l'agitation, les narines sont fuligineuses, la peau froide, la respiration s'embarrasse.

L'état général et local deviennent plus mauvais.

La malade succombe le 22 mars.

OBSERVATION XIV

(*In* thèse de Chabal).

Fièvre intermittente. — Délire subaigu.

N..., jeune homme de 17 ans. Père mort encore jeune consécutivement à une variole. La mère est bien portante, sans tare nerveuse ou autre. On ne trouve rien de particulier soit chez les ascendants, soit chez les collatéraux.

Antécédents personnels. — Dans son enfance, le malade n'a eu pour toute affection qu'une rougeole. Il n'a jamais eu de convulsions ou d'attaques de nerfs.

Il a toujours eu un tempérament impressionnable. Il y a deux ans il contracte une fièvre typhoïde à forme ataxique, pendant l'évolution de laquelle on constate un délire notable. Durée quarante jours. Comme reliquat le malade conserve un caractère assez irritable et présente par moments des accès de tristesse. Les facultés intellectuelles n'ont d'ailleurs subi aucune atteinte. Le malade était et reste d'une intelligence au-dessous de la moyenne. Etat général excellent jusqu'au début. Au mois d'août dernier, N... va en villégiature sur les bords du bassin d'Arcachon, à Taussat, endroit marécageux, où les manifestations paludiques sont loin d'être rares. Il est de retour le 1er septembre.

Le 10 il présente les premières atteintes de paludisme qu'il a contracté, un accès intermittent franc se déclare avec ses trois stades bien caractérisés ; cet accès survient le soir et se renouvelle tous les trois jours, toujours à la même heure et avec les mêmes caractères :

Injection de bromhydrate de quinine.

Le 23 septembre après une journée excellente, le malade est pris subitement de délire à forme dépressive et anxieuse avec hallucinations visuelles terrifiantes et idée d'auto-accusation. Il voit devant lui le spectre de la mort et le démon qui viennent s'emparer de sa personne, il dit être un grand criminel. N... est dans un état d'anxiété considérable. Sa respiration est précipitée, aucune élévation thermique. Même état jusqu'au 1er octobre.

Le 1er octobre l'aspect clinique change. A la dépression a succédé l'excitation, il semble qu'on soit en pré-

sence d'un délire aigu. Le visage est rouge, la langue saburrale, l'haleine fétide, les dents couvertes de fuliginosités. Les lèvres, quand il les entr'ouvre, présentent un tremblement fibrillaire notable, les narines sont animées de tremblements intenses et de soubresauts tendineux. Le malade fait montre d'agitation tant psychique que motrice, il tourne continuellement dans son lit et est d'une grande loquacité ; avec une volubilité extrême il exprime des idées qui se suivent sans aucune logique. Hallucinations visuelles terrifiantes ; il voit toutes sortes d'animaux, rats, serpents, qui lui font pousser des cris de frayeur. Température reste normale. Cet état persiste sans modification jusqu'au 3 octobre.

3 octobre. — Pour la première fois on constate 39°. Même état général. Malade ne s'est jamais plaint de céphalalgie, pas de vomissements ni ballonnements de ventre. Constipation. Les selles ne sont provoquées qu'à l'aide de légers purgatifs. Diagnostic de délire toxique est porté.

Traitement. — Injections de quinine, bains froids.

4 octobre. — Ascension thermique. Température 40°5 à 40°. Tremblement musculaire généralisé. Etat comateux.

5 octobre. — Etat comateux. Huit bains. Après bains 37°6 à 40°.

6 octobre. — Le malade sort du coma. Agitation extrême avec hallucinations. Température 39°2 à 38°2. Quatre bains.

7 octobre. — Agitation diminue. Température 38°5.

8 octobre. — Délire a pris fin. Tremblements dispa-

rus. Malade reconnaît tout le monde, est capable de raisonner, obtusion intellectuelle peu prononcée. Amnésie portant sur les faits passés depuis le 23 septembre. Langue de sèche devient humide. Selles ne sont provoquées que par puragtifs, 37°5.

9 octobre. — Etat va s'améliorant jusqu'au 11 octobre.

11 octobre. — Etat normal. Malade riait et causait. A onze heures il va à la selle, devient tout à coup très pâle. Quelques gouttes de sang à l'anus et meurt en dix minutes, sans que rien n'ait pu le faire prévoir.

OBSERVATION XV

(Rapportée par M. Lemoine. Service de M. Pierret).

Fièvre intermittente grave à seize ans, récidives. — Céphalalgies consécutives. — Délire mégalo-maniaque, affaiblissement intellectuel. — Démence.

D... Mathieu, 63 ans, tisseur. Le malade n'a pas d'antécédents héréditaires ; ses parents sont morts très âgés, ses frères et sœurs n'ont jamais eu de manifestations nerveuses. A l'âge de seize ans, pendant qu'il habitait dans le Puy-de-Dôme, il eut des accès de fièvre intermittente qui persistèrent pendant quinze mois environ. D'abord quotidiens, les accès devinrent irréguliers, puis disparurent après avoir présenté une série de rémissions. A vingt ans il est repris de nouveau

d'accès aussi graves et aussi prolongés. Ils durent près de deux ans. Depuis cette époque, il ressentit, à plusieurs reprises, des douleurs névralgiques dans la région du trijumeau.

Il se maria à 27 ans et eut cinq enfants, quatre sont morts, dont un hydrocéphale.

Depuis 1874 il présenta des désordres psychiques, il dormait mal, son sommeil était troublé par des idées de richesse qui survenaient sous forme de rêve et persistaient après le réveil pendant une heure ou deux. Pendant le jour se rendant mieux compte de sa situation, il cherchait à chasser ces idées. Il eut des hallucinations de l'ouïe et des troubles de la vue très singuliers ; il ne voyait personne sur une place pleine de monde et souvent il se croyait seul dans la chambre où il était avec sa famille. Son état s'aggravant, il dut cesser tout travail et rester chez lui : il dit avoir eu par trois fois à cette époque des étourdissements, suivis de fourmillements dans les membres et d'un peu de parésie. C'est sur ces entrefaites qu'il rentra à l'asile. Là ses idées de grandeur et ses hallucinations de la vue disparurent graduellement et firent place à un affaiblissement des facultés intellectuelles qui alla toujours en augmentant.

Actuellement il présente des symptômes de démence ; il ne sait plus son âge, le millésime de l'année ; il a perdu tout sentiment affectif, ne s'inquiète pas de savoir dans quel milieu il se trouve et s'emploie aux travaux de la maison, sans s'occuper autrement de sa position.

Quand on lui pose une question, il fait d'abord une réponse convenable, puis prononce des phrases sans

suite et qui n'ont aucun rapport avec la demande qui lui a été faite. Souvent au milieu de son incohérence, on retrouve quelques restes de ses idées de grandeur et les mots de million et milliard surviennent avec persistence.

La santé générale est très bonne, les pupilles sont régulières ; les mouvements des membres ont conservé leur intégrité. On observe seulement un léger embarras de la parole, mais le malade prétend qu'il a toujours existé.

OBSERVATION XVI

(Rapportée par M. Joffroy à la Société médicale des Hôpitaux, 28 mai 1890).

Grippe.

Un homme de 34 ans, bien portant, sobre, d'un tempérament nerveux très impressionnable et présentant un léger degré de strabisme est atteint subitement, au mois d'octobre dernier, d'une fièvre très vive avec céphalalgie intense. En même temps on note un mal de gorge et une légère éruption scarlatiniforme. Le médecin du malade pensa d'abord à une scarlatine surtout à cause de l'élévation de la température, mais le peu d'intensité de l'angine, l'absence de l'albuminurie pendant toute la durée de la maladie, la desquamation

réduite à une exfoliation épidermique furfuracée, s'expliquant peut-être autant par les sueurs abondantes que par l'éruption, éloignèrent rapidement l'idée de ce diagnostic et firent songer à une fièvre typhoïde. Mais c'est en vain qu'on chercha les taches roses lenticulaires, le gargouillement de la fosse iliaque. On pensa alors à une méningite et c'est à ce moment que je fus appelé à voir le malade. Mon diagnostic resta en suspens et ce ne fut que plusieurs semaines plus tard, lorsque, par l'observation d'un certain nombre de cas graves d'influenza, j'eus acquis une expérience suffisante, que je compris à quelle affection j'avais eu affaire.

Quand je vis le malade pour la première fois, il présentait un délire intense avec agitation maniaque analogue à ce qui s'observe assez fréquemment dans certaines formes graves de la fièvre typhoïde et c'est sur ce point que je désire attirer votre attention. Il y avait une perte absolue de la mémoire, la malade ne se rappelait absolument rien, ni des actes récents, ni des actes anciens ; il ne reconnaissait personne, méconnaissait ses parents les plus proches, prenait pour ses amis des personnes qu'il voyait pour la première fois, ignorait s'il faisait jour ou nuit. Par moment le malade était plongé dans un mutisme absolu, mais souvent, par contre, il chantait des refrains populaires ou bien parlait comme s'il se livrait à certaines occupations professionnelles. Souvent, alors, voulant joindre l'acte aux paroles, il sortait de son lit pour agir par lui-même. Jamais dans son délire il n'a présenté de fureur et c'est toujours avec facilité qu'on le faisait soit

se recoucher quand il s'était levé, ou bien qu'on le décidait à prendre des médicaments. Parfois il a eu des terreurs, avec crainte d'être tué. Il est difficile de dire si dans ces moments il y avait ou non des hallucinations de la vue et de l'ouïe.

Ces troubles, à l'inverse de ce qui s'observe dans la fièvre typhoïde, furent pendant près d'une semaine presque aussi accusés pendant le jour que pendant la nuit. Ils durèrent deux semaines et pendant tout ce temps la température resta fort élevée, au voisinage ou même dépassant 40°, malgré l'usage de doses fort élevées de sulfate de quinine et d'antipyrine.

La parole du malade présentait aussi certaines modifications importantes ; elle était brève, saccadée et parfois embarrassée comme dans certains cas de paralysie générale. En présence de ces accidents, il y avait lieu de se demander ce qui adviendrait si le malade guérissait ? Ne conserverait-il pas de troubles permanents de l'intelligence ? Ou tout au moins ces accidents ne mettraient-ils pas un temps très long à disparaître, comme cela s'observe si fréquemment à la suite de la fièvre typhoïde ? J'avoue que telle était mon impression.

OBSERVATION XVII

(Dr Voisin. — *Gazette des hôpitaux*, 1890).

Délire de persécution à la suite de la grippe.

Mlle A. R..., 20 ans ; son père est mort cirrhotique, sa mère semble ne pas présenter d'antécédents ner-

veux, mais sur les six enfants de la famille, outre notre malade qui est hystérique, on trouve un garçon de dix-huit ans, idiot et épileptique enfermé à Vaucluse. A. R..., enfant, n'a pas eu de convulsions, ni pendant la rougeole, ni pendant la scarlatine qu'elle a eue à l'âge de sept ans. Mais six ans plus tard, à l'occasion d'un rhumatisme articulaire aigu, elle ébauche des attaques d'hystérie. Pendant une fièvre typhoïde, il y a trois ans, elle délire à la suite, reste pendant trois mois en proie à une indécise tristesse. Il semble bien qu'alors on n'eut affaire qu'à de la mélancolie simple, sans aucun mélange des idées délirantes. C'est au mois de décembre dernier que survint la grippe. Huit jours après la malade était en pleine convalescence : mais c'est alors que commencèrent à se manifester les troubles pour lesquels elle est venue nous trouver. Elle était, nous dit-elle, comme anéantie, le travail le plus simple devenait pour elle une difficulté insurmontable. Elle se rendait à son lavoir, somnolente, à moitié endormie, il fallait presque la pousser pour la faire marcher. Puis il lui sembla bientôt qu'on riait à côté d'elle, ses compagnes chuchotaient sur son compte, on lui en voulait. Elle s'est alors demandée si, par hasard, elle ne deviendrait pas folle, comme son frère ; mais alors pourquoi vivre ?

Cette idée de suicide l'empoigne vivement, elle l'obcède pendant plusieurs jours : enfin n'y tenant plus, notre jeune fille s'arme d'un revolver et fait feu. Le coup part sans l'atteindre. Au bruit de la détonation, il lui semble sortir comme d'un rêve, puis elle fond en larmes et jure à sa mère effarée qui vient d'accourir qu'elle ne

recommencera plus. Mais elle vient de recouvrer la tranquillité. Elle sent immédiatement un soulagement, qu'elle cherchait vainement depuis longtemps. Il en est le plus souvent ainsi et le persécuté vrai, lorsqu'il s'est vengé, lorsqu'il a tué son persécuteur, trouve pour quelque temps au moins un calme qui contraste étrangement avec son crime. J'ajouterai, pour en finir avec l'observation de cette malade, que la veille de sa tentative de suicide, elle fit une fugue ambulatoire de plus de trois heures, fugue qu'il faut rapporter à l'hystérie, puisqu'ici on trouve de nombreux stigmates de cette névrose, alors que rien ne peut nous faire songer à l'épilepsie.

OBSERVATION XVIII

(*In* thèse de Maureyre).

Symptômes de folie pendant l'incubation de la scarlatine.
Mental Science, July, 1876, p. 338.

Harrington Tuke lut à la réunion de l'Association médico-psychologique l'observation suivante de Hyls :

F... G., âgé de 32 ans, fut admis à l'asile le 22 janvier 1876, dans un état d'anxiété et de révolte ; il ne dormait pas, ni ne répondait raisonnablement aux questions ; il avait des habits déchirés et souillés et il murmurait des propos incohérents. Ces symptômes ne per-

sistèrent après son admission que jusqu'au troisième jour où l'on vit l'éruption de la fièvre scarlatine sur le cou et la poitrine et le jour suivant il s'étendit sur le tronc, il existait un léger mal de gorge. Le point intéressant fut la cessation complète de tout désordre mental, aussitôt après le développement de l'exanthème. Depuis ce moment jusqu'à la date de sa mise en liberté, le 28 mars, il ne montra point d'autres signes d'aberration mentale, il reprit des forces et travailla au jardin. Il m'assura, ce qui fut contrôlé, qu'il y avait eu un enfant atteint de scarlatine, dans la maison d'où on l'avait apporté. J'ai vu des cas de délire durant la période d'incubation, mais je n'ai jamais vu un malade présentant en actes, des symptômes de folie tels que son placement dans un asile fut nécessaire. Ce malade avait une parenté respectable, mais il était d'une intelligence plutôt faible.

OBSERVATION XIX

(*In* thèse de Maureyre. Résumée).

Scarlatine grave, sans albuminurie. Troubles de l'appareil neuromusculaire, de la sensibilité, de la motilité et sphinctériens. Confusion mentale primitive, avec délire vague, surtout professionnel, durant depuis le sixième jour jusqu'au douzième jour de la maladie.

D..., âgé de 14 ans, garçon épicier, entre à l'hôpital de la porte d'Aubervilliers le 9 février 1899, pour scarlatine.

Antécédents héréditaires. — Le père épicier buvait ; il est mort poitrinaire il y a huit ans. La mère est bien portante.

Antécédents personnels. — Il a toujours une bonne santé, quoique d'une constitution assez faible. Il buvait un peu de vin et un rhum à midi.

Scarlatine. — Début le 5 février par mal de gorge.

Le 6 et le 7 février. — Céphalie, vomissements répétés et verdâtres.

Le 8. — Début de l'éruption.

Le 9. — Il entre à Aubervilliers avec une éruption typique généralisée.

Le 10. — Le visage est rouge, l'exanthème est net. Céphalée légère, courbature générale. Température 41° le matin, 40° 6 le soir.

Le 11. — Pas d'albumine. Température le matin 39° et le soir 38° 7.

Dans la nuit du 8 au 9 février, le malade qui avait de l'insomnie, depuis le 5, début de sa scarlatine, présente de l'agitation. Il marmotte des paroles incohérentes, il veut livrer des marchandises pour sa patronne et aller porter des lettres. Il reste découvert dans le lit et il accomplit des actes qui ne semblent pas liés à des conceptions délirantes ; d'un bond il se lève et gagne le milieu de la salle. Lorsque la veilleuse l'approche, elle voit le malade raidir les bras et les mettre en « catalepsie », les avant-bras fléchis. Il ne sait pas ce qu'il fait et ses yeux sont hagards.

A la visite du 10 février, on obtient avec peine quelques réponses raisonnables, mais brèves. Dès qu'on a

dépassé son lit, il se lève, on voit ses jambes fléchir, son bassin touche le premier à terre, puis ses épaules et sa tête vont contre le mur. On le remet au lit et il a l'air hébété, le regard sans expression. Dans la journée il divague, débite des propos spontanés sans suite: Les rideaux de la croisée sont de glace. La toiture de la salle s'enlève et il voit des personnes qui se sauvent. En sortant du bain, il chante. Il se trouve bien à l'hôpital et il ne veut pas s'en aller. « Des nouilles il n'y a plus. Il voit des cartes dans le bain. Je te l'avais pourtant bien défendu de dire qu'elles y étaient ». A ce moment il veut sortir de la baignoire.

« J'avais deux courses à faire pour ma patronne et l'autre a emporté les paniers. Il faut retirer ce qu'il y a dans la voiture et la conduire à sa place. » Il veut constamment se lever du lit et s'en aller: « Oh! le soleil me tape dans les yeux. » Il débite des mots qui se relient par assurance: « Je serai gentil, quand je serai parti; un, deux, trois, j'irais dans le bois. Ah! les pommes de terre! Il faut faire les courses. » Il voit un homme au-dessous de son lit: « Il faut faire sauter le vieux bonhomme. Il doit y avoir une femme là-haut. Voilà son amoureux. C'est un singe, il est là le patron. Il faut fermer la boutique. Ça y est. Eh! là-bas! il ne faut pas danser, cela me fait du mal à la tête. » Il craint un homme qui marche à côté de lui: « La fille a renversé les fraises, qu'on me les ramasse. En a-t-on vendu? » Pendant la nuit il a peur que son patron le renvoie, il parle encore des courses à faire,

Il essaie de quitter le lit, mais il ne va plus dans la salle, on voit qu'il a des craintes vagues.

Le 11 février, le matin il veut se lever. On voit que ses mains ne l'aident pas suffisamment et il tremble beaucoup.

Il voit du verre dans son bain. Il veut se lever pour aller chez sa patronne et il parle sans cesse, sans suite dans ses phrases. Il dit que l'infirmière lui fait mal.

Le 12 février. — Il continue ses propos incohérents et on ne peut point fixer son attention.

Le 13 février. — L'éruption pâlit, le visage et le cou desquament, il perd en partie ses urines dans le bain ou dans le lit. Température le matin 38°7, le soir 38°6.

Le 14. — Pas d'albumine et peu d'urine, mais il en perd dans le lit. On voit des grands lambeaux de peau desquamée sur les avant-bras. Il est plus calme. Il boit avec crainte car il y a, dit-il, du verre dans le lait. En plein jour il déclare : « Il fait nuit ici. »

Le 15. — Température 37°5. Durant sa maladie il a cherché à fuir constamment, le matin il promène autour de lui des regards vagues. Ses plaintes sont plus précises. La nuit il dort peu, il pleure quand on le met au bain. Il trouve que l'eau du bain est trop salle et veut qu'on la lui change. Il est content lorsqu'on lui dit qu'il n'aura plus de bains.

Le 16. — On note une abondante desquamation sur le tronc et sur les membres. Il continue ses tentatives de fuite. Dans la soirée on peut fixer son attention. Il se rappelle d'être arrivé un soir à l'hôpital, mais il ne sait pas depuis combien de jours, ni ce qu'il a fait. Les

souvenirs antérieurs à la maladie sont plus précis. Il reste sujet à toutes sortes d'émotions. La nuit il pleure si la veilleuse ne reste pas auprès de lui. Il aime à ce qu'on cause avec lui. Quelques jours après il peut faire une lettre à sa mère et le 16 mars il sort complètement guéri de ses troubles psychiques et mentaux, est au milieu de ses amies, toutes jeunes filles très distinguées. Il les entend causer, s'amuser. Il entend dans le salon à côté son beau-père qui soutient une discussion.

Il n'est pas possible d'attirer son attention, de diriger ses idées, de détruire ses hallucinations. « Comment vous portez-vous ? avez-vous passé une bonne nuit ?... Très bien, très bien, j'ai bien dormi » ; il dit ceci très vite et immédiatement ; reprit par son délire, il veut s'enfuir chez sa femme.

On n'a constaté ni dépression, ni abattement. Le malade a toujours bien dit ce qu'il pensait, sans mâchonnement d'incohérentes paroles. Seules les idées étaient incoordonnées.

Dans la nuit du 2 au 3, il saute à bas de son lit, se drape dans une couverture et va s'asseoir à côté de la porte de sa chambre. Là, il est chez lui, dans sa maison ; et, toujours obsédé par l'idée matrimoniale, il attend dans cet attirail sa femme, son beau-père, toute sa famille.

Quelques moments après, il vient de faire un richissime mariage. Il est le plus heureux des hommes, il est riche, colossalement riche.

A la visite du 3 au matin, il paraît un peu honteux, confus. Il s'accuse d'avoir commis une grande sottise,

d'avoir pénétré en chemise, lui d'ordinaire si discret, dans le salon d'à côté, où sont réunies les amies de sa femme, des jeunes filles !... il a honte. On le calme le mieux possible mais il demeure convaincu qu'il a été souverainement incorrect... Malgré cette tristesse, on ne constate un état mélancolique avec stupeur ; il poursuit parfaitement son idée.

Tout le temps qu'a duré le délire il n'a reconnu personne.

Le 3 au matin, pourtant, il reconnaît M. Grasset ; mais le soir, à la contre-visite habituelle, il ne se souvient plus de la visite du matin.

Il est incapable d'attention. Bien que ses idées et ses discours ne se tiennent pas, il roule quand même avec une certaine association, autour de ces deux sujets : sa femme, sa famille.

Brusquement, dans la nuit du 3 au 4, après un sommeil profond, ce délire disparaît. Le malade se réveille le 4 au matin, très calme, avec une lucidité parfaite. Seulement, il reste un trou dans sa mémoire : il n'a plus même souvenir de ce qui s'est passé pendant les trois jours.

Pendant ce temps la fièvre est complètement tombée, les râles de retour se sont développés.

Les signes stéthoscopiques s'atténuent et progressivement disparaissent.

OBSERVATION XX

(Mairet. *Montpellier médical*, 1887).

Pneumonie. — Convalescence.

Une jeune femme des environs de Montpellier, Mme Y... est atteinte d'une pneumonie double. Cette pneumonie évolue régulièrement sans troubles cérébraux, lorsqu'au moment où la fièvre tombe, au début de la convalescence, se produit une agitation maniaque avec hallucinations. Quelques jours après, cette malade est confiée à mes soins. Lorsque je la vois, l'agitation est intense, la malade lutte contre les personnes qui l'entourent ou se cache derrière les meubles, apeurée par des hallucinations de l'ouïe et des illusions de la vue. Elle entend des cloches qui sonnent le glas funèbre, des voix qui lui disent qu'on va les tuer, elle, son mari et son enfant, actuellement séparés d'elle ; la physionomie des personnes qui l'entourent se transforme, c'est le diable ; les aliments et les boissons qu'on lui présente ont un mauvais goût, ils sont empoisonnés. Pas d'hérédité mentale, mais hérédité nerveuse ; de plus depuis quelque temps des causes morales agissaient sur Mme Y... ; elle avait perdu quelques mois auparavant un enfant, ce qui l'avait beaucoup affectée et en même temps elle s'était fatiguée physiquement pour le soigner. Au bout de six semaines, Mme Y... est guérie et peut retourner chez elle, la guérison est complète, il y a quatre ans qu'elle persiste.

OBSERVATION XXI (Résumée).

Observation de Thore
(*Ann. Médico-Psychologique*, 1852).

Rougeole. — Délire somnambulique avec hallucinations de la vue et de l'ouïe. — Convalescence.

L..., âgé de 27 ans, employé comme charretier chez un plâtrier, avait depuis quelques jours une toux pénible, avec fièvre et plusieurs épistaxis, lorsque se manifesta une rougeole. Tout disparut rapidement. Il était tout à fait bien et entrait en convalescence, lorsqu'un soir il se met brusquement à délirer ; il ne sait plus où il est, se voit entouré de personnes étrangères ; il parle à ses chevaux, qu'il dit être dans une armoire placée au pied de son lit ; il veut que la porte en reste ouverte, afin qu'il puisse mieux les surveiller ; il est en continuelle conversation avec eux.

Au milieu de la nuit, il veut s'échapper et s'élance dans la cour ; on le contient avec beaucoup de peine et on le ramène dans son lit ; mais vers le matin il trompe la surveillance de ses gardiens, s'échappe de chez lui, se met à courir les champs et arrive de grand matin chez le plâtrier qui l'occupe ordinairement, il lui adresse des injures et lui demande pourquoi il lui donne à conduire les vaches, tandis qu'il conduit habituellement des chevaux et qu'il ne veut point consentir à cela. On le

fait reconduire chez lui. Le délire maniaque continue avec beaucoup d'intensité, il a des hallucinations de la vue et de l'ouïe ; on parvient à fixer ses idées et à obtenir quelques réponses, toujours incohérentes. Vers le soir il commence à se calmer, il dort très bien toute la nuit et le lendemain il ne délire plus ; les hallucinations ont cessé ; il ne tarde pas à reprendre ses occupations. Jamais depuis ce malade n'a donné le moindre signe de folie. Il ne fait pas d'excès de boissons alcooliques.

OBSERVATION XXII

In thèse de Giraud (Résumée).

Quatrième attaque de rhumatisme articulaire aigu. — Amélioration subite des symptômes articulaires et bientôt des accidents cérébraux. — Délire d'un quart d'heure seulement. — Collapsus subit ou mort. — Autopsie.

Le nommé D... Pierre, âgé de 27 ans, lapidaire, entre le 19 février 1864 à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Agnès, dans le service de M. le professeur Trousseau.

Il a une première attaque de rhumatisme articulaire aigu à l'âge de 12 ans, attaque qui a surtout frappé les membres inférieurs et qui a duré trois mois. Une deuxième attaque à 18 ans, qui a frappé toutes les articulations et a duré également trois mois environ. Une

troisième attaque à 21 ans, qui toucha encore toutes les articulations successivement et dura quatre mois.

A la suite de ces attaques répétées, cet homme n'a jamais éprouvé quoi que ce soit du côté du cœur ; jamais il n'a eu de palpitations, d'essoufflement, d'œdème, telle est du moins son affirmation.

19 février. — Il y a douze jours il éprouva de vagues douleurs dans les petites articulations des doigts, sans fièvre ni malaise marqués. Depuis trois jours, la fièvre est survenue, le poignet gauche s'est gonflé, est devenu très douloureux et le malade a du lumbago, ainsi qu'un grand malaise général. Le soir de son entrée il fut visité par le chef de clinique, qui trouva le pouls à 118, la peau couverte de sueur, le poignet gauche très tuméfié, rouge le long des gaines synoviales, des extenseurs du pouce et du grand abducteur. Les petites articulations du carpe étaient douloureuses ; il en était de même des deux genoux, surtout du genoux gauche, pris depuis la veille seulement ; le genoux droit moins douloureux, affecté depuis deux jours, contenait une légère quantité de liquide. Du côté du cœur on constatait un bruit de souffle remarquablement rude au premier temps à la base, doux au deuxième temps également à la base. Ces bruits de souffle se propageaient dans les gros vaisseaux.

24 février. — A la visite du soir, le chef de clinique ne constate rien d'insolite, sinon la diminution de la douleur dans les articulations malades. Cependant une heure plus tard, le malade se plaint de ne pas bien voir, bientôt après il vocifère, crie : au voleur ! s'élance hors de son lit et tombe. Relevé, replacé dans son lit, il lutte

contre deux infirmiers en développant une force considérable, puis il s'affaisse et meurt.

A l'autopsie on trouva une injection vive de toute la pie-mère, une injection un peu violacée à la base du cerveau. Les méninges n'étaient nulle part épaissies, nulle part adhérentes à la substance corticale. Il n'y avait pas ombre d'exsudation séreuse dans l'espace sous-arachnoïdien. Les plexus choroïdes n'étaient pas notablement plus rouges qu'à l'état normal. Pas d'épanchement ventriculaire. Le cerveau était remarquablement sain.

CONCLUSIONS

La lecture de notre travail nous conduit à quelques conclusions dont voici les plus personnelles.

Nous donnons seulement les points capitaux, ayant un rapport plus étroit avec le diagnostic et la pathogénie du délire dans les maladies infectieuses, parce que le problème en lui-même est infiniment complexe et son analyse s'attache non seulement à toute la pathologie générale mais aussi à des considérations psychologiques et psycho-pathologiques de tout premier ordre :

1° Le délire est caractérisé par une abondance d'images mentales, dépourvues souvent de toute association précise, images habituellement incohérentes ou au moins paraissant comme telles, car il nous échappe les éléments intermédiaires à des termes dont nous percevons le sens ;

2° Les délires des maladies infectieuses ne sont jamais systématisés, et en cela se distinguent des délires de certains aliénés, délires systématisés, dont la trame, malgré les points faux qui constituent ses

nombreux appuis dans l'argumentation mentale ou verbale, est un système bien organisé, dont la systématisation constitue la caractéristique principale ;

3o Le délire dans les maladies infectieuses semble être dû à des phénomènes d'infection, soit directes par les microbes, soit indirectes par l'intermédiaire des toxines, soit par des phénomènes biologiques d'auto-infection ;

4o Le délire dans les maladies infectieuses semble être lié avec la présence constante des phénomènes thermiques, malgré quelques assertions disparates de certains auteurs. La température est la réaction organique qui paraît constituer les symptômes prodromiques, des formes délirantes des malades infectés. Les sujets ne délireraient, selon nous, avant l'apparition d'une température plus ou moins élevée ;

5o La trame de tous les délires des maladies infectieuses semble être identique, quelles que soient la cause, la source, la nature et la forme clinique de cette maladie infectieuse. Nous insistons sur ce point, précisément, parce que les auteurs ne l'ont pas suffisamment mis en évidence. Il semble donc que le délire est comme l'équivalent de la température et il apparaît comme le symbole d'une défense mentale, d'une mobilisation d'images pour rendre un peu plus d'équilibre dans l'automatisme mental troublé par les phénomènes d'infection ou par la fièvre ;

6o Enfin il faut remarquer qu'au point de vue clinique, il faut considérer encore les formes frustes délirantes des convalescents, qui ne sont, à nos yeux,

que des formes d'infection passagères très peu apparentes, qui se manifestent sous la forme délirante à cause du peu de résistance individuelle des malades débilités non seulement par la maladie, mais épuisés en plus par le terrain héréditaire peu solide.

Vu : Le Président de la Thèse,
BRISSAUD

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

ACHALME. — Thèse de Paris 1892.

BARIÉ. — Notes sur deux cas de folie dans la fièvre typhoïde. Union médicale, avril 1877, p. 601.

BALLET (G.). — Presse médicale, 30 novembre 1898.

BARTHÉLEMY. — Quelle est la nature du délire dans les maladies ? 1835.

BELOUS. — Thèse de Lyon, 1888. Phénomènes morbides liés à l'action exercée par les maladies infectieuses sur les centres nerveux.

BOILEAU. — Thèse de concours de Montpellier, 1848. Du délire dans les maladies infectieuses.

BECQUET. — Délire dans les maladies fébriles. Archives générales de médecine, 1866, t. VII.

BROUARDEL et GILBERT. — Traité de médecine.

BOUCHARD, CHARCOT et BRISSAUD. — Traité de médecine.

BEIGBEDER. — Du délire dans l'Erysipèle. Thèse de Paris, 1898.

BARBELET. — Troubles vésaniques dans la fièvre typhoïde. Thèse de Paris, 1874.

BARIÉ. — De quelques formes de délire partiel au début et pendant la période d'état de la fièvre typhoïde.

Bulletin de la Société médicale des hôpitaux, 28 février 1890.

BOURADA. — Thèse de Paris, 1867.

BAILLARGER. — Annales médico-psychologiques, 1879, t. I. page 79.

BIDON. — Revue de médecine. Août et octobre 1890.

BESNIER. — Société médicale des hôpitaux, 1870, p. 249.

BALLET (G.). — Annales de médecine, 17 janvier 1894.

BARD. — Thèse d'agrégation, 1883. Impaludisme.

CORONADO. — Etude sur le délire pneumonique. Thèse de Paris, 1896.

COURBET. — Du délire initial dans la fièvre typhoïde. Thèse de Paris, 1886.

CHOMEL. — Leçons de clinique médicale, 1834. T. I.

CHARDON-FLEURET. — De l'influence des maladies infectieuses sur le développement des mal. mentales. Th. de Lille, 1889.

CHASLIN. — Du rôle des rêves dans l'évolution du délire. Thèse de Paris, 1887.

CHAVIGNY. — Délire fébrile. Thèse de Lyon, 1892.

CHABAL. — Des délires dans l'impaludisme. Th. de Bordeaux, 1897.

CHARPY. — Les délires aigus. Thèse de Paris, 1873.

CASTAGNÉ. — Un cas de délire de la convalescence de la fièvre typhoïde. Montpellier médical, 1891.

CROCHET. — Accidents nerveux de l'érysipèle. Thèse de Paris, 1895.

CHRISTIAN. — Archives générales de médecine. Septembre et octobre 1873.

CHATELIN. — Variole et psychose. Ann. méd. psychol., 1872, page 196.

DESVAULX. — Contribution à l'étude du délire dans les maladies aiguës. Thèse de Paris, 1899.

Dictionnàire encyclopédique. — T. XXVI. Art. délire.

— *de Physiologie.* — Art. délire.

DEBOVE et ACHARD. — Manuel de médecine, t. IV.

Dictionnaire Jaccoud. — Art. délire.

DELASIAUVE. — Annales médico-psychologiques, 1851.

FAUCON. — Du délire dans les maladies aiguës. Thèse de Strasbourg, 1864.

FONTAINE (A.). — Thèse de Paris, 1899.

GLOVER. — La folie et la fièvre typhoïde. Thèse de Paris, 1890

GRISOLLE. — Traité de la pneumonie, 1864.

GRASSET. — Neuropathies infectieuses. Nouveau Montpellier méd., 1894.

GIRAUD. — Délire dans le rhumatisme articulaire aigu. Thèse de Paris, 1871.

GUÉNEAU DE MUSSY. — Clinique médicale, 1884.

GRIÉSINGER. — Traité des maladies mentales, 1877. Trad Lemattre.

HERBET. — Thèse de Paris, 1854.

HANOT et BUCQUOY. — Quelques remarques cliniques sur le délire dans la fièvre typhoïde. Arch. gén. de Méd. 1881, p. 24.

HAURY. — Thèse de Lyon, 1893.

HALLOPEAU. — Traité élémentaire de Pathologie générale.

JOANNY ROUX. — Contributions à l'étude du délire dans les affections fébriles. La Prov. méd., 1897, p. 246.

— La Prov. méd., 30 avril 1898.

JOFFROY. — Fièvre typhoïde et folie. Arch. de neurol., 7 août 1891.

— Délire avec agitation maniaque dans l'influenza. Mercredi médical, 1890, n° 13.

Joffroy et Ballet. — Société méd. des hôp., 21 et 27 mars 1890.

— Progrès médical, 29 mars et 5 avril 1890.

Kræpelin. — De l'influence des maladies aiguës sur la genèse des maladies mentales.

— Archives de neurologie, 1882. T. IV, p. 112.

— Annales médico-psychol., 1895. T. II, p. 275.

Lopez Y. Ruiz. — Du rêve et du délire qui fait suite dans les infections aiguës. Thèse de Paris, 1899.

Lourdin (Louis). — Contributions à l'étude du délire dans la fièvre typhoïde. Thèse de Paris, 1898.

Louis. — Recherches anatomo-pathologiques et thérapeutiques sur la fièvre typhoïde, 1899. T. II.

Legrain. — Etude sur les poisons de l'intelligence. Annales médico-psychol., 1891.

Ladame (de Genève). — Des psychoses après l'influenza. Annales médico-psychologiques, 1890.

Lejonne. — Thèse de Lyon, 1890.

Leledy. — Thèse de Paris, 1891.

Lassègue. — Délire. Archives de Médecine, 1892.

Lemoine. — Annales Médico-Psychol., mars 1887.

Leudet. — Ann. Médico-Psychol., 1850, t. II, p. 148.

Moreau (de Tours). — Du délire au point de vue anatomo-pathologique. Annales médico-psychologiques, 1855.

Morer. — Du délire dans les maladies aiguës. Thèse de Paris, 1872.

Marandon de Montyel. — De la fièvre typhoïde et ses rapports avec la folie. Ann. médico-psychol., 1883, p. 387.

Moreau. — Du délire dans la pneumonie. Thèse de Paris, 1866.

MOUSSAUD. — Du délire nerveux à la suite des maladies aiguës. Gazette des hôpitaux, 1865, p. 415.

MOUREYRE. — Des manifestations nerveuses dans la scarlatine. Psychoses intra et post-scarlatineuses. Thèse de Paris, 1899.

MAIRET. — Grippe et aliénation mentale. Montp. méd., 1891 (Mai).

NASSE. — Allgemeine Zeitschrift f. Psych., 1870.

PICHON. — Délire infectieux et toxique. Thèse de Bordeaux, 1896.

GOUJET. — Presse Méd., 17 mai 1905.

RIBEROLLES. — Thèse de Paris, 1883.

RAYNAUD. — Des formes du délire dans la fièvre typhoïde. Gazette hebdomadaire, 8 décembre 1876.

RAYMOND. — Psychoses et pneumonie. Semaine Médicale, 1893.

ROGER. — Encéphale, 1895.

— Influence de l'infection sur le système nerveux. Revue gén. des Sciences, 15 avril 1893.

RÉGIS. — Auto-intoxication et délire. Presse Méd., 1898, p. 57.

— Du délire de la convalescence. Ann. médico-psych., 1883.

— Congrès de Clermont, 1894, p. 12.

RÉGIS et CHEVALIER-LAVAURE. — Congrès des méd. alién. de La Rochelle, 1893.

REDDON. — Thèse de Paris, 1883.

REMLINGER. — Gazette des hôpitaux, 1897.

REVILLOD. — Des formes nerveuses de la grippe. Revue méd. de la Suisse romande, 10 mars 1890, p. 145.

SAUVET. — Remarques sur le délire consécutif à la fièvre

typhoïde. Annales médico-psychologiques, 1895, p. 222.

Saisset. — Thèse de Paris, 1895.

Seglas. — Auto-intoxication et délire. Presse Méd., 1898, p. 373.

— Archives générales de Méd., 1893.

Société méd. des hôpitaux, 24 janvier et 2 mai 1890.

Thore. — Annales médico-psychologiques, 1850.

Toulouse. — Psychoses post-infectieuses. Gazette des hôpitaux, 1890, 30 mai.

Thuet. — Thèse de Paris. 1876.

Trousseau. — Clinique Méd. de l'Hôtel-Dieu, t. I, p. 160, 183, 356.

Union Médicale, 1894. Système nerveux dans la fièvre typhoïde.

Vaschide et Vurpas. — Psychologie du délire dans les troubles psychoépathiques.

Voisin. — Idées de persécution à la suite de la grippe. Gazette des hôpitaux.

Imp. de la Faculté de Médecine, H. JOUVE, 15, rue Racine, Paris.